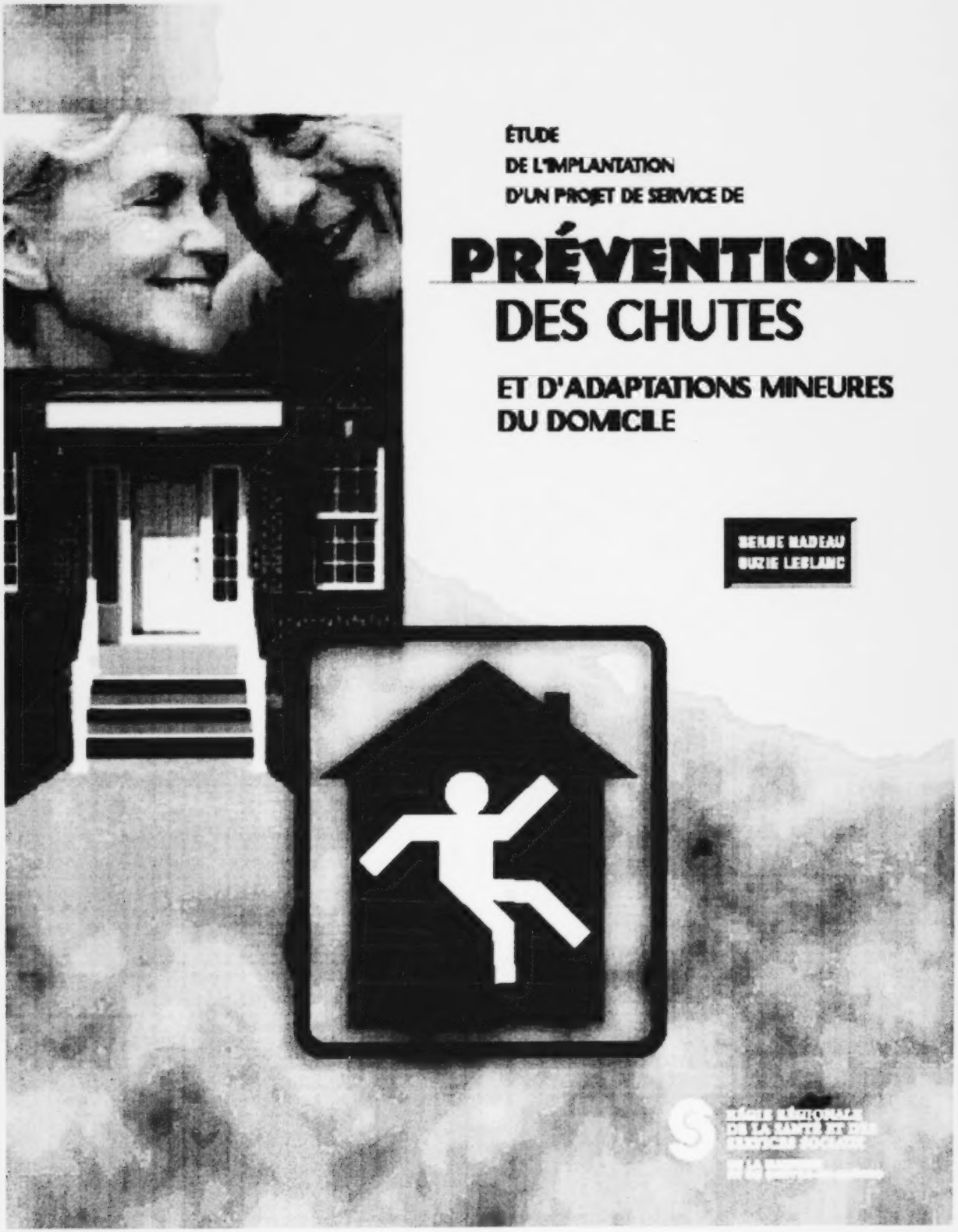

ÉTUDE
DE L'IMPLANTATION
D'UN PROJET DE SERVICE DE

PRÉVENTION DES CHUTES

ET D'ADAPTATIONS MINEURES DU DOMICILE

SERGE NADEAU
SUZIE LEBLANC

Graphisme de la page couverture : Darveau communication
Idée originale : M. Claude Darveau et M. Serge Nadeau

Dépôt légal – 1998
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89340-022-1

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

106-04124/

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières iii

Remerciements v

Introduction 1

Chapitre I Description du projet 3

1.1 Cadre de référence 3

1.2 Origine du projet 8

1.3 Nature du projet de service 9

1.4 Stratégies d'intervention en promotion de la santé 11

Chapitre II Méthodologie 15

2.1 Pourquoi faut-il évaluer? 15

2.2 Approche générale de l'évaluation de l'implantation d'un programme 16

2.3 Évaluation de l'implantation 17
2.3.1 Objectif général 18
2.3.2 Objectifs spécifiques 18

2.4 Population et échantillon 19

2.5 Cueillette de données 20
2.5.1 Observation participante 20
2.5.2 Entrevues 21
2.5.3 Questionnaire 21

2.6 Durée de la cueillette de données 22

2.7 Analyse de données 22

2.8 Comités 22

2.9 Bilan de la démarche évaluative..... 23

Chapitre III Résultats..... 25

3.1 Lancement du projet de service..... 25
3.1.1 Évaluation du lancement du projet de service..... 28

3.2 Recrutement des agents multiplicateurs..... 31
3.2.1 Évaluation du recrutement des agents multiplicateurs..... 33

3.3 Formation des agents multiplicateurs..... 34
3.3.1 Évaluation de la formation des agents multiplicateurs..... 35

3.4 Sensibilisation de groupes d'aînés..... 45
3.4.1 Évaluation de la sensibilisation de groupes d'aînés..... 47

3.5 Visites à domicile..... 54
3.5.1 Évaluation des visites à domicile..... 55

3.6 Les effets..... 59

3.7 Le partenariat..... 60

3.8 Le budget..... 62

Chapitre IV Discussion..... 63

Conclusion..... 69

Bibliographie..... 71

Annexes :
Annexe 1 : Questionnaires d'évaluation des agents multiplicateurs, du Comité aviseur et du Comité territorial..... 75
Annexe 2 : Questionnaire : Prix de participation « Service de prévention des chutes et d'adaptation du domicile »..... 81
Annexe 3 : Aide à la décision pour référer la personne visitée à une ressource spécialisée..... 83
Annexe 4 : Concours « Je passe à l'action, je préviens les chutes »..... 85

REMERCIEMENTS

Les auteurs désirent exprimer, en premier lieu, leur reconnaissance à M^me^ Josée Gauthier, ergothérapeute; M^me^ Julie Pichette, ergothérapeute au CLSC Vallée-de-la-Batiscan et M. René Tourigny, organisateur communautaire au même établissement, pour avoir mis en évidence leur expertise et leur collaboration soutenue durant l'implantation du projet de service. Soulignons au passage l'apport de M. Donat Gingras, directeur général du CLSC Vallée-de-la-Batiscan, pour avoir gentiment accepté d'assumer certaines dépenses inhérentes du projet tant sur les plans humain que matériel. Sans sa compréhension et sa complicité, certaines étapes auraient été plutôt difficiles à réaliser.

Des remerciements sincères s'adressent également aux membres des comités aviseur et territorial pour leur implication et les judicieux conseils qu'ils nous ont prodigués durant l'évolution du projet.

Par ailleurs, il ne faudrait pas oublier la contribution exceptionnelle des aînés de la MRC de Mékinac et de leurs représentants d'associations qui ont si bien relevé le défi qui se présentait à eux tant comme agent multiplicateur que comme participant. Sans leur implication, le projet de service n'aurait pu voir le jour.

Enfin, nous aimerions féliciter M. Claude Darveau, graphiste, pour l'excellence de son travail dans l'illustration du porte-affiches et des pages couvertures, ainsi que M^me^ Doris Desmeules, secrétaire au Groupe Santé sociale de la Régie régionale, pour ses suggestions pertinentes dans la mise en page et sa ténacité dans la relecture de ce document.

INTRODUCTION

Dans le cadre des interventions en promotion de la santé devant être déployées auprès des aînés de 55 ans et plus figure le service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile. Celui-ci a été expérimenté, en 1996-1997, par la Régie régionale, et ce, avec la collaboration d'un territoire de CLSC. Cette étude retrace donc l'évaluation de l'implantation d'un projet de service qui est basé sur une approche de pairs multiplicateurs.

À propos de cette approche, elle a le mérite d'être connue et d'avoir été testée avec différentes clientèles. Toutefois, elle présente comme élément innovateur de reléguer au second plan l'intervention des professionnels du réseau de la santé afin de permettre aux aînés d'occuper l'avant de la scène, en leur demandant d'exercer un rôle plus actif dans le volet de la promotion de la santé.

Or, la question principale de cette étude est la suivante :

Le service de prévention des chutes à domicile pourra-t-il s'adapter convenablement à une approche d'agents multiplicateurs?

Par la suite, s'ajoutent les autres questions complémentaires :

Jusqu'où ira l'implication des aînés dans ce type d'intervention en promotion de la santé? Comment réagira le milieu lorsqu'il devra œuvrer dans un contexte de partenariat afin d'implanter le service? Les aînés de 55 ans et plus recevront-ils positivement le message de prévention des chutes à domicile? Seront-ils intéressés à l'idée d'apporter des modifications mineures à leur domicile? Quelles sont les conditions d'application qui faciliteront ou

entraveront l'implantation du service? Ce dernier sera-t-il suffisamment efficace pour permettre sa régionalisation à l'ensemble des CLSC des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec?

Voilà, une série de questions importantes auxquelles l'étude de l'implantation tentera de répondre pour les intervenants qui seraient intéressés par le projet de service.

Enfin, le présent rapport comprend quatre chapitres qui se subdivisent ainsi : description du projet, méthodologie, résultats et discussion. L'intervenant désirant en connaître davantage sur le sujet est invité à consulter le Guide d'implantation (cartable blanc). Il ne nous reste plus qu'à vous souhaiter que la lecture de ce texte vous soit des plus agréables et utile.

CHAPITRE I
DESCRIPTION DU PROJET

Dans ce chapitre, il est question de préciser le cadre de référence, l'origine et la nature du projet de service, de même que les stratégies d'intervention ayant contribué à la réalisation de cette voie d'action en promotion de la santé.

1.1 Cadre de référence

La publication du rapport «Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir» (1991) ainsi que la parution récemment des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (1997), ont fait ressortir qu'il est important de prévenir les chutes à domicile auprès de la clientèle âgée.

- Ampleur et conséquences

  O'Loughlin et Robitaille (1991) estiment l'incidence annuelle des chutes à domicile pour les personnes âgées de 65 ans et plus, à une personne sur trois (1/3). Dans les régions socio-administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec, cette statistique équivaut à 22 485 personnes âgées de 65 ans et plus. De ce nombre, entre 8 et 17 % sont victimes de chutes répétées, soit entre 1799 et 3822 cas (Projections définitives de population,..., 1991-2016, Cahier statistique Profil 04, no. 11, 1996).

  Une faible proportion des chutes est déclarée auprès du médecin, mais l'ensemble des statistiques ne cumule pas les cas de peurs, d'humiliation et d'inconfort résultant d'une chute (Allard, 1997). À ce sujet, Sorock estime qu'une chute sur quatorze est signalée à un médecin (O'Loughlin et Robitaille, 1991).

Même s'il n'y a pas de blessure, le choc psychologique qui résulte d'une chute peut être dramatique. En effet, la personne âgée peut perdre confiance en sa capacité d'autoprise en charge de ses activités de vie quotidienne, amenant ainsi une restriction de ses capacités qui ont pour effet de diminuer la mobilité et d'accroître la dépendance envers une tierce personne.

Cependant, la majorité des chutes qui surviennent chez les personnes âgées vivant à domicile ne causent pas de blessures graves, mais seulement des blessures mineures : contusions, écorchures ou coupures superficielles.

La proportion estimée de chutes qui infligent des blessures graves aux personnes âgées vivant à domicile varierait entre 3 et 13 % (O'Loughlin et Robitaille, 1991).

Seulement, 1 à 3 % des chutes provoqueraient une fracture de la hanche, lequel traumatisme entrave le plus l'autonomie de la personne âgée. Cette statistique s'avère inquiétante compte tenu qu'elle devrait tripler au cours des prochaines décennies, à cause notamment du vieillissement constant de la population (Dumais, 1997).

Dans les régions socio-administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le nombre moyen annuel d'hospitalisations pour fracture de la hanche est de 314 chez les 65 ans et plus (MED-ECHO, 1991-1992 à 1993-1994). De plus, cette blessure grave engendre des coûts d'hospitalisations suffisamment élevés soit 3 332 168 $ par année (RRSSS, 1996). Ceci est bien entendu une estimation fort conservatrice qui ne considère pas le salaire du chirurgien-orthopédiste.

Dans ce même ordre d'idées, l'Association d'orthopédie du Québec estimait, en 1991, le coût social moyen d'une fracture de la hanche, pour tout groupe d'âge confondu, à plus de 30 000 $ par an. Ce type de coûts fait référence, entre autres, aux pertes engendrées par l'absentéisme au travail, aux frais d'hospitalisations assumés par les assurances privées et par une perte de la qualité de vie.

Par ailleurs, le séjour moyen à l'hôpital pour des blessures provoquées par une chute a une durée plus longue chez une personne âgée, environ un mois, que chez un jeune, environ une semaine; ceci est justifié en raison de la gravité des blessures et des complications graves qui surviennent au cours de l'hospitalisation. Cet état de situation peut même entraîner l'institutionnalisation précoce de la personne âgée ou la mort.

Enfin, les chutes sont la première cause de décès accidentel chez les personnes âgées, chez lesquelles elles comptent pour plus de la moitié des décès par accident (Allard,1997).

- Facteurs de risque

Certains facteurs de risque d'ordre individuel, comme la mobilité, l'hypotension orthostatique, les problèmes de vision et certaines habitudes de vie telles la nutrition et la consommation de médicaments et d'ordre environnemental, comme les surfaces glissantes et les obstacles qui font trébucher, contribuent à la propension des chutes à domicile.

- Actions préventives

L'objectif de la prévention des chutes chez les personnes âgées devrait être de minimiser le plus possible le risque de tomber sans compromettre la mobilité ni l'autonomie fonctionnelle (O'Loughlin et Robitaille, 1991).

Considérant les limites actuelles des connaissances sur certains facteurs de risque de chute chez les personnes âgées, il s'avère difficile de choisir des interventions prometteuses, car très peu d'entre elles ont été évaluées jusqu'à ce jour.

Cette problématique semble constituer une avenue fertile du point de vue de la recherche. Ceci est d'autant plus vrai puisque la réalisation de tels projets est fortement souhaitée, selon l'une des priorités nationales de santé publique.

Il existe ainsi deux façons d'intervenir efficacement en matière de prévention des chutes à domicile : agir sur l'individu et sur l'environnement.

Dans ces deux cas, des actions préventives peuvent être réalisées par le biais d'une approche clinique et multidisciplinaire ou par une approche de groupe centrée sur des agents multiplicateurs.

Plusieurs auteurs soulignent l'efficacité d'une évaluation clinique et multidisciplinaire pour les aînés victimes d'une chute. D'après Patterson et Chambers (1995), cette approche aurait le mérite d'être aussi efficace en terme de prévention que ne l'est la vaccination contre l'influenza. Il en va de même pour le Groupe canadien sur l'examen médical périodique qui recommande l'application d'une telle pratique

en vue de mieux connaître toutes les causes qui sont susceptibles de provoquer une chute chez la personne âgée et d'y remédier par des solutions efficaces (Allard, 1997; Durand et Béland 1997).

Toutefois, cette voie d'action ne sera pas explorée en raison de l'orientation même du projet de service. En effet, il s'agit ici d'implanter une intervention en promotion de la santé concernant la problématique des chutes à domicile qui s'agencerait le mieux avec une approche d'agents multiplicateurs.

Le choix de nos actions va donc se situer en amont, c'est-à-dire avant que la chute survienne, et l'emphase sera accordée à l'environnement physique parce qu'il est possible d'y apporter des corrections à la source. Le facteur humain sera également considéré, mais dans une proportion plus restreinte.

La logique guidant ce raisonnement est basée sur la grille de Haddon (Charest et Maltais, 1994), laquelle constitue un cadre conceptuel très pratique servant à répertorier et à planifier l'ensemble des interventions réalisables qui peuvent exercer un meilleur contrôle sur la problématique des traumatismes à domicile.

Avant d'aborder plus spécifiquement l'origine et la description du projet de service, il serait intéressant de spécifier ce qui a inspiré sa conceptualisation, à savoir :

- le projet d'intervention du CLSC Drummond pour le volet amélioration des connaissances sur la prévention des chutes à domicile et pour la sensibilisation aux corrections mineures;

- le projet communautaire de visites et d'adaptation du domicile du « Centre communautaire Genesis » pour avoir recouru à l'approche des agents multiplicateurs et pour avoir expérimenté le service préventif d'adaptation du domicile;
- le projet « Oui...Non...Mais! » pour avoir opté pour l'éducation de la santé réalisée par les pairs;
- le programme « Viactive » pour avoir démontré comment favoriser l'implication des aînés dans la prise en charge de leurs activités physiques.

Il ressort, d'après ces quatre projets, que le recours à la sensibilisation tend à améliorer les connaissances des aînés et les intentions de changement menant à l'adoption de nouveaux comportements plus sains et plus sécuritaires envers la santé. D'autre part, l'approche par les pairs a eu le mérite d'être appréciée tant par les intervenants que par les aînés, ce qui est très prometteur pour la réalisation de cette étude.

1.2 Origine du projet

Le projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile a été cogité, au cours de l'année 1995, au moment où le réseau de la santé subissait des changements majeurs imposés par les coupures financières et par l'émergence de nouveaux paradigmes comme les virages ambulatoire et promotion-prévention.

Ainsi, ce service s'inscrit dans la foulée de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), en ce sens qu'il favorise l'intégration sociale des aînés par le biais de cette voie d'action prioritaire (Objectif 18, point 3) :

« Favoriser la participation des aînés dans les actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, tant lors de leur élaboration que lors de leur implantation,... ».

D'autre part, celui-ci fait aussi partie d'un continuum de services en promotion-prévention qui a été intégré dans le plan d'action de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux (RRSSS, 1996).

Le service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile figure parmi quatre services issus du concept de « l'Habitat intégré ». Ce dernier est, en quelque sorte, un modèle d'intervention gérontologique qui propose certains services en vue de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées, autonomes et en bonne santé, dans leur milieu de vie naturel. L'originalité du concept vient du fait qu'une approche globale en matière d'intervention est privilégiée au lieu d'une approche morcelée.

1.3 Nature du projet de service

Le projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile est une intervention en promotion de la santé qui a été réalisée dans un contexte de partenariat impliquant les aînés, les organismes communautaires et le réseau de la santé.

Celui-ci est fondé sur une approche d'agents multiplicateurs qui ont pour mission de sensibiliser et d'intervenir auprès de leurs pairs, c'est-à-dire les aînés de 55 ans et plus qui sont autonomes et en bonne santé. Ici, il s'avère pertinent de cibler autant les hommes que les femmes, puisque le risque de tomber est quasi identique entre les sexes selon des données épidémiologiques récentes. En effet, l'écart serait très peu significatif lorsque les taux tiennent compte de l'ajustement en fonction de la variable « sexe ».

Le projet de service comporte quatre étapes dont le recrutement et la formation des agents multiplicateurs, ainsi que les rencontres de sensibilisation de groupes d'aînés et les visites à domicile.

Pour ce faire, les agents multiplicateurs doivent être recrutés par les organismes d'un territoire afin de suivre au préalable une session de formation étalée sur cinq jours, laquelle est dispensée par l'ergothérapeute du CLSC. Par la suite, les agents multiplicateurs doivent recruter 20 participants aînés en vue de leur transmettre les informations déjà reçues sur la prévention des chutes à domicile, et ce, avec l'aide du matériel didactique conçu à cette fin. Il est à noter que chaque équipe d'agents multiplicateurs accomplit ses tâches dans sa localité respective, soit sa paroisse d'origine.

Finalement, les agents multiplicateurs peuvent aussi effectuer des visites à domicile, à condition que les participants de la rencontre et les citoyens de la paroisse en fasse expressément la demande. Éventuellement, si des adaptations mineures deviennent nécessaires, elles seront réalisées dans le cadre d'un service communautaire sous la responsabilité d'un centre d'action bénévole.

Quant aux objectifs poursuivis dans le cadre du projet pilote, ils sont les suivants :

- sensibiliser les aînés aux risques potentiels de chutes présents dans leur domicile;
- habiliter les aînés à identifier les risques potentiels de chutes;
- favoriser l'adoption de comportements sécuritaires en regard de la prévention des chutes;
- favoriser la réalisation d'adaptations mineures du domicile dans le cadre d'un service communautaire.

1.4 Stratégies d'intervention en promotion de la santé

La promotion de la santé se définit comme étant un processus qui permet à une collectivité d'exercer un meilleur contrôle sur sa propre santé ainsi que sur les facteurs qui l'influencent. Les activités de promotion de la santé peuvent viser les conditions de vie, les habitudes de vie et l'environnement : économique, politique, physique et social.

À propos du projet de service, les activités de promotion de la santé ont été centrées sur l'environnement physique, le domicile, et sur l'individu, plus particulièrement les habitudes dangereuses qui génèrent des chutes.

De plus, celles-ci ont été réalisées avec l'aide de stratégies d'intervention reliées au concept de promotion de la santé, à savoir : l'organisation communautaire, l'éducation pour la santé et le marketing social.

Voici une courte description de ces trois stratégies et de la façon dont elles ont guidé « l'opérationnalisation » du projet.

Tout d'abord, il est important de souligner que l'organisation communautaire a joué un rôle déterminant dans le projet en permettant de mobiliser les 55 ans et plus du territoire de la MRC de Mékinac sur la problématique des chutes à domicile. Aussi, les habiliter à prendre en charge un contenu en promotion de la santé qui est habituellement dévolu aux professionnels. Il va sans dire qu'il ne s'agit pas ici d'un cas de désengagement du réseau de la santé, mais plutôt une occasion pour les aînés de s'engager au sein de leur communauté, afin que la population puisse bénéficier d'un service de santé répondant à ses besoins.

En l'occurrence, l'utilisation de l'organisation communautaire comme stratégie d'intervention constitue également un excellent moyen pour

modifier les conditions sociales étant à l'origine de certains problèmes de santé.

L'éducation pour la santé est une deuxième stratégie qui a permis de structurer toutes les activités éducatives destinées à augmenter les connaissances et à développer une meilleure compréhension et un savoir-faire auprès des 55 ans et plus par rapport à la problématique des chutes à domicile. Toutes les activités ont été pensées de manière à ce que les agents multiplicateurs puissent informer et animer au sein de petits groupes de gens.

Quant au marketing social, il se caractérise par une analyse de marché, laquelle prend en considération les comportements des individus, les environnements interne et externe, de même que les types de services offerts dans le milieu. Tout cela dans le but de faire mieux accepter un service ou un programme de santé destiné à une clientèle cible.

Cette approche s'est concrétisée dans le projet, lors de l'étape de l'appel d'offre, parce qu'il fallait bien connaître les opportunités et les faiblesses du partenariat dans chaque territoire.

Par ailleurs, il fallait bien identifier les groupes cibles susceptibles d'être intéressés par le service de prévention des chutes avant que ne débute la phase d'implantation. Cependant, le prix à payer, pris au sens symbolique ou l'effort demandé pour que des personnes adhèrent au service en question, a été plutôt précisé en cours de projet.

Le marketing social a aussi été très utile pour calculer l'échantillon de personnes à rejoindre et pour élaborer des stratégies qui ont servi à prévenir des situations conflictuelles lors du lancement du projet de service.

CHAPITRE II
MÉTHODOLOGIE

Cette section aborde succinctement la partie méthodologique qui a encadré le projet pilote, laquelle débute en posant un regard sur la pertinence d'évaluer un programme jusqu'à la partie traitant de la mise en place de deux comités : l'un pour valider l'ensemble de la démarche et l'autre pour « opérationnaliser » l'implantation. De plus, un court bilan sur la démarche évaluative vient clore ce chapitre.

2.1 Pourquoi faut-il évaluer?

La pratique de l'évaluation est relativement récente dans le domaine de la santé et des services sociaux. Cette discipline est apparue au sein de la formation universitaire bien après celle abordant le contenu des interventions en promotion-prévention.

Au tournant des années '70, les planificateurs étaient d'emblée convaincus que les programmes élaborés par des personnes compétentes étaient efficaces et efficients. Ils avaient moins le souci de les évaluer, d'autant plus qu'ils œuvraient à une époque d'abondance et de développement socio-économique inégalés. Ainsi, si l'évaluation avait été intégrée dès le départ dans l'implantation de ces programmes, des correctifs auraient pu être apportés à différentes étapes critiques du déroulement, de telle sorte que cela aurait permis d'atteindre les objectifs de résultats escomptés.

Quoi qu'il en soit, l'évaluation est donc devenue un thème à la mode si on se base sur le nombre de rapports ou livres qui sont publiés annuellement dans ce domaine. Cela a permis, entre autres, de démythifier la complexité du sujet tout en le rendant plus accessible à différentes catégories d'intervenants,

et ce, grâce à un accroissement des connaissances en cette matière et aussi par une conjoncture économique actuelle qui oblige à revoir les priorités.

Ainsi, le planificateur de la santé se doit de recueillir diverses informations pour connaître les facteurs qui peuvent influencer le déroulement d'un projet, dans le but d'éviter de reproduire les erreurs du passé.

2.2 Approche générale de l'évaluation de l'implantation d'un programme

L'évaluation de l'implantation est une description officielle d'un programme lorsqu'il est en opération. Ce type d'évaluation distingue les composantes de l'intervention (activités, ressources, etc.) susceptibles de faciliter l'atteinte des résultats attendus. Le suivi des interventions et de leurs modifications au cours de l'implantation du programme informe sur ce qui fonctionne ou pas et permet de définir les composantes essentielles et secondaires au modèle (Nadeau et Bernier, 1996).

D'autre part, une connaissance de l'influence relative des composantes d'un programme sur les effets observés permet d'identifier les éléments critiques du succès de l'intervention et reproduire plus efficacement le programme dans d'autres milieux (Denis et Champagne, 1990).

Enfin, ce type d'évaluation permet aussi de fournir des hypothèses sur l'impact du programme. Des effets remarqués ainsi qu'une liste de causes possibles peuvent être fournis par observation au cours du déroulement de l'intervention. Ultérieurement, lorsque le programme sera bien établi, les effets à court ou moyen terme pourront être évalués par un devis approprié (Nadeau et Bernier, 1996).

2.3 Évaluation de l'implantation

Concernant le présent projet, l'évaluation a mis l'emphase sur l'implantation du processus, ou fonctionnement, et sur sa structure : clientèle rejointe, ressources humaines, matérielles et financières, etc. Une analyse des conditions contraignantes et facilitantes d'implantation, de même que les modifications survenues au cours du projet ont aussi été notées.

La deuxième partie de l'évaluation s'est intéressée aux effets du projet comme les perceptions, les comportements et les habitudes de vie. Une attention particulière fut portée à cet égard pour connaître si le service a engendré des retombées auprès de la clientèle cible. Il n'est nullement question ici de mesurer leur impact puisque l'évaluation des effets se distingue de l'autre type d'évaluation par son aspect prévisible, spécifique et court terme.

Pour être efficace, l'évaluation de l'implantation doit fournir également des données pertinentes sur les conditions d'application du projet pilote afin de guider la prise de décisions vers une régionalisation éventuelle du service. Il va sans dire que cette étape prend tout son sens et son importance lorsque d'autres intervenants veulent implanter le même service. C'est pour cette raison qu'il apparaît opportun de se poser les questions suivantes durant l'évaluation de l'implantation du projet pilote : A-t-on fait ce qu'on avait prévu ? Si c'était à refaire, referait-on ce qu'on a fait ? (Dubé N., Maltais F. et Paquet C., 1995).

Quant aux objectifs poursuivis au cours de l'évaluation de l'implantation, ils sont les suivants :

2.3.1 Objectif général

D'ici juin 1997, évaluer l'implantation d'un projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile pour les aînés de 55 ans et plus résidant sur le territoire de la MRC Mékinac.

2.3.2 Objectifs spécifiques

- connaître les caractéristiques de la clientèle âgée qui participera comme agent multiplicateur et comme participant aux activités de sensibilisation et de visite à domicile;
- décrire le processus et la structure durant les cinq phases de l'implantation du service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile;
- identifier les conditions facilitantes et contraignantes de l'implantation du projet de service;
- évaluer la pertinence des ressources utilisées;
- évaluer la pertinence des activités réalisées;
- identifier les coûts reliés à l'implantation du projet;
- décrire le partenariat et les rôles exercés par les aînés et les organismes du milieu;
- préciser les effets du projet sur les agents multiplicateurs et sur les participants;
- identifier les modifications à apporter au projet de service pour en faciliter la régionalisation.

2.4 Population et échantillon

La population visée par le projet de service comprend les aînés de 55 ans et plus qui résident dans les 11 municipalités réparties sur le territoire de la MRC Mékinac. Les aînés admissibles au projet, tant à titre d'agents multiplicateurs que participants, ont été recrutés au hasard ou par des contacts personnels parmi l'ensemble des personnes autonomes demeurant encore dans leur milieu de vie naturel.

L'échantillon a été calculé en s'inspirant d'une approche de marketing (Filiatreault, 1989) qui tient compte de l'arrivée de la clientèle à différents stades du projet. Il est clair que dans une première année d'opération, le projet recrutera la clientèle qui est la plus ouverte à la prévention des chutes : les adopteurs précoces. Puis avec les années, la mobilisation ira en s'accentuant jusqu'à atteindre un seuil de saturation, à condition que la clientèle avant-gardiste emboîte le pas pour influencer la clientèle retardataire.

Durant cette première année d'expérimentation, trois échantillons ont été nécessaires pour valider différentes étapes du projet, à savoir :

- 38 aînés pour occuper le rôle d'agent multiplicateur. Ceci représente 1% des 3 845 personnes de 55 ans et plus réparties sur le territoire de la MRC Mékinac (Source : Bureau de la statistique du Québec, Projection révisée par territoire de CLSC 1991-2016, 1996).

- 385 aînés pour participer à des rencontres de sensibilisation. Ceci représente 10% de la population visée parmi les 55 ans et plus.

- 39 aînés pour solliciter les agents multiplicateurs qui dispensent le service de visite à domicile. Ceci correspond à 10% de la clientèle

sensibilisée. De ce nombre, 20 personnes auront apporté des modifications mineures à leur domicile soit la moitié des personnes visitées.

2.5 Cueillette de données

L'évaluation de l'implantation du projet a été faite à partir d'une approche qualitative regroupant trois techniques de cueillette de données : l'observation participante, les entrevues, le questionnaire. Dans ce cas-ci, il est intéressant de recourir à plus d'une source de données afin de comparer et valider la congruence des résultats obtenus, ce qui a pour effet d'augmenter la validité de l'évaluation.

2.5.1 Observation participante

L'observation participante est une technique appropriée pour recueillir des données sur le déroulement du projet, d'une part, et sur la dynamique de groupe, d'autre part, en vue de mieux saisir les perceptions et les comportements des gens qui évoluent dans le projet.

Les données de l'observation participante proviennent en grande partie de l'agent de planification et de programmation sociosanitaire de la Régie régionale, sauf les étapes de la sensibilisation de groupe et de la visite à domicile, qui étaient sous la responsabilité de la deuxième ergothérapeute embauchée dans le cadre de ce projet.

2.5.2 Entrevues

Les entrevues individuelles semi-dirigées et les entrevues de groupe constituent la deuxième source de données par importance permettant d'évaluer l'implantation du projet. Celles-ci sont complémentaires à l'observation participante afin d'augmenter la validité interne des données qualitatives recueillies.

L'agent de planification et de programmation sociosanitaire a dirigé toutes les entrevues de février à mai 1997 soit en cours d'étape, soit à la fin d'une étape. Il a aussi administré les grilles d'entrevues (voir annexe 1) auprès des agents multiplicateurs et auprès des membres des comités aviseur et territorial. Des entrevues téléphoniques ont également été réalisées auprès des aînés ayant démandé d'être visités à domicile par les agents multiplicateurs.

2.5.3 Questionnaire

Le questionnaire utilisé dans le projet comportait cinq questions fermées ainsi qu'une demande de renseignements démographiques (voir annexe 2). Il se présentait sous la forme d'un coupon de participation et les aînés le complétait lors des rencontres de sensibilisation de groupe. À l'exception de cet outil, les concepteurs du projet n'ont pas retenu le questionnaire comme instrument de cueillette de données, parce que les aînés privilégient davantage l'information orale au lieu de l'écrit. Il est à noter d'ailleurs qu'un certain nombre d'entre eux éprouvait des difficultés à lire, ce qui aurait eu pour effet d'augmenter la marge d'erreur en rendant les résultats moins valables.

2.6 Durée de la cueillette de données

La cueillette de données se rapportant aux cinq étapes de l'implantation s'est échelonnée sur une période de quatorze mois allant d'avril 1996 à mai 1997.

2.7 Analyse de données

Les données qualitatives recueillies durant l'évaluation de l'implantation ont été interprétées d'après une analyse de contenu. Cette technique de classification des données aide à produire une analyse pour chacune des étapes observées du projet. Cela se fait habituellement à l'aide d'une grille synoptique créée à partir des informations qui proviennent de l'observation participante et des entrevues, lesquelles sont regroupées sous différentes catégories pour en faciliter l'interprétation.

Ces données ont aussi été validées avec l'aide de certaines sources fiables comme les comptes rendus des comités aviseur et territorial.

2.8 Comités

Deux comités ont été mis sur pied pour suivre de près l'évolution du projet. Le premier, le comité aviseur, était formé de représentants issus de l'Association québécoise de la défense des droits des retraités et préretraités (AQDR)-secteur Normandie, de l'Association des retraités enseignants du Québec de la région 04, de la Fédération de l'âge d'or du Centre-du-Québec, du Centre d'action bénévole de Drummondville, des CLSC Drummond et Les Forges, ainsi que de la Régie régionale. Il est à noter que la représentante de l'AQDR-secteur Des Chenaux s'est désistée pour des motifs personnels après que le comité aviseur eut tenu deux rencontres.

Ce comité avait pour objectif de conseiller la Régie régionale en regard de l'implantation du projet de service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile.

Quant au second, le comité territorial, il était composé de l'Association des aides familiales de Normandie, de l'AQDR-secteur Normandie, du Centre d'action bénévole de Normandie, du Centre de jour Mékinac, du CLSC Vallée-de-la-Batiscan (secteur Mékinac), d'un club de l'âge d'or et de la Régie régionale. Ce comité avait pour mission d'implanter le projet de service selon le protocole d'expérimentation établi par la Régie régionale.

2.9 Bilan de la démarche évaluative

De façon générale, la démarche évaluative a été très bien comprise par les agents multiplicateurs et les partenaires qui ont œuvré à différents moments dans le projet. Elle fut jugée non menaçante par ces derniers, sauf en ce qui a trait à la dernière collecte de données réalisée, au mois d'avril 1997, auprès des agents multiplicateurs.

En effet, deux membres du comité territorial ont exprimé, lors de l'entrevue de groupe, qu'ils auraient souhaité poser eux-mêmes les questions qui étaient destinées aux agents multiplicateurs.

Ce malaise est survenu après que les entrevues furent terminées, parce que l'agent de planification et de programmation sociosanitaire avait interrogé seul leurs bénévoles sans en avoir demandé la permission. Avant cette cueillette de données, rien ne laissait présager qu'il fallait demander une autorisation particulière vu que les deux organismes en question avaient été informés de cette procédure durant une réunion du comité territorial. D'ailleurs, aucune attente particulière n'avait été émise par ces deux organismes lorsque la méthode de cueillette de données leur fut expliquée.

Toutefois, une solution fut envisagée afin d'éviter un tel malaise et elle pourrait s'avérer fort utile lors des prochaines évaluations. Celle-ci consisterait à associer plus directement les organismes concernés à la formulation de questions servant aux entrevues des agents multiplicateurs.

En somme, la démarche évaluative a permis de recueillir, avec un minimum de biais, les informations pertinentes et nécessaires pour établir un jugement judicieux sur l'implantation du projet de service.

CHAPITRE III
RÉSULTATS

Les résultats de ce chapitre ont été obtenus à partir de l'observation participante, des entrevues individuelles et de groupe, de même que du questionnaire étant sous la forme d'un coupon de participation. Pour chacune des cinq étapes de l'implantation, une description de ce qui était prévu de faire est présenté tout en la comparant avec ce qui a été réellement fait. Puis, elles ont été minutieusement analysées pour obtenir une vue d'ensemble des facteurs contraignants et facilitants qui ont interagis, de même que des modifications survenues durant l'implantation. Enfin, les effets du projet de service, le partenariat et le budget sont abordés à la fin du chapitre.

3.1 Lancement du projet de service

Le projet de service a débuté officiellement avec l'appel d'offre de la Régie régionale. Cette première étape comportait deux sous-étapes, soit la création des comités aviseur et territorial.

- Comité aviseur et choix du site pilote

  C'est le 20 février 1996 que la Régie régionale invitait les associations d'aînés et les CLSC de chaque territoire de MRC à se concerter et à répondre à son appel d'offre concernant le service à implanter.

  Un délai de trois semaines a été accordé aux organismes en question leur permettant ainsi de poser leur candidature pour obtenir le projet pilote et proposer un répondant du milieu pour les représenter au comité aviseur. Les réponses devaient être acheminées pour le 12 mars 1996.

Six territoires ont donc répondu à l'appel d'offre sur une possibilité de onze. Par la suite, l'agent de planification et de programmation socio-sanitaire a rejoint les six postulants afin de compléter avec eux une grille d'évaluation. Les questions étaient posées au téléphone et le résultat de l'entrevue était acheminé au postulant pour validation. Les répondants des six territoires avaient jusqu'au 15 avril 1996 pour valider leurs réponses et retourner la grille d'évaluation à la Régie régionale.

Le 16 avril 1996, le comité aviseur tenait sa première rencontre pour « prioriser » un site pilote parmi les cinq formulaires reçus à ce moment-là. Quant au sixième formulaire, le territoire X l'a envoyé le jour même où se déroulait la rencontre, mais les membres ont jugé bon de traiter cette candidature au même titre que les autres au lieu de la rejeter. Toutefois, ils lui ont attribué quelques points de pénalité pour ne pas avoir respecté le délai prévu.

Le comité aviseur, composé de six répondants dont cinq provenaient des territoires postulants, s'est donc basé sur une série de critères fournis par l'agent en planification et en programmation sociosanitaire, afin d'évaluer le plus objectivement possible chacune des candidatures proposées. Les critères furent les suivants : ampleur, ressources humaines, expertise en prévention des chutes, service d'ergothérapie, partenariat et réseaux d'aînés.

Chaque territoire postulant a été évalué avec l'aide d'une grille de cotation tenant compte des sept critères énumérés ci-dessus. Un maximum de 24 points pouvait être accordé au territoire qui répondait parfaitement à tous les critères. Mais cela ne s'est pas produit puisque chaque territoire avait ses faiblesses et ses forces. Il est aussi à noter que

les répondants des territoires concernés ne pouvaient pas évaluer leur propre candidature, car ils auraient été en conflit d'intérêt, biaisant alors le processus de sélection.

Ainsi, c'est le territoire de la MRC de Mékinac qui s'est vu décerner le projet pilote, parce qu'il était bien organisé tant sur le plan du partenariat que sur le plan de l'implication et du potentiel des associations d'aînés.

- Comité territorial

Après la nomination du territoire de la MRC Mékinac, un comité territorial a été formé (voir la rubrique 2.8) dans le but d'implanter le projet pilote selon le protocole d'expérimentation établi par la Régie régionale. Cette dernière instance s'est greffée par la suite à ce comité lors de la première rencontre tenue au mois de mai 1996.

Les activités et les décisions opérationnelles qui incombaient à ce comité furent les suivantes :

- la mise en candidature du poste d'ergothérapeute ;
- la gestion du budget ;
- le plan global de réalisation du projet pilote ;
- la publicité et le recrutement des agents multiplicateurs;
- l'élaboration d'une session de formation et son application ;
- le soutien aux agents multiplicateurs durant les activités de sensibilisation et de visites à domicile.

L'organisateur communautaire du CLSC, siégeant au comité territorial, s'est vu confier la responsabilité d'encadrer adéquatement

l'ergothérapeute dans ses travaux, de voir au déroulement du projet et d'assurer une saine gestion des interfaces.

3.1.1 Évaluation du lancement du projet de service

- Évaluation de la création d'un comité aviseur et de la procédure reliée au choix du site pilote

Durant la création du comité aviseur, trois incidents de parcours sont venus assombrir le tableau. Le premier concerne la diffusion de l'information à l'égard de l'appel d'offre. En effet, il semble que l'information n'aurait pas été diffusée à certains intervenants de CLSC, selon deux membres du comité aviseur. La Régie régionale s'explique mal cet état de situation, car la documentation a été envoyée à tous les directeurs généraux des CLSC. Cependant, si cet événement n'était pas arrivé, on peut supposer que la participation aurait été un peu plus élevée.

En second lieu, il a été difficile de recruter une personne issue de la Fédération de l'Âge d'or du Centre-du-Québec pour compléter le comité aviseur. Cet état de situation s'explique par le fait que la demande n'avait pas été bien comprise lors de l'appel d'offre, ce qui aurait amené, à l'origine, leur refus de participer.

Troisièmement, l'agent de planification et de programmation socio-sanitaire a oublié d'inviter les centres d'action bénévole afin qu'ils puissent déléguer un répondant qui participerait aux travaux du comité aviseur. Cette lacune a été finalement corrigée après le 12 mars 1996.

Ainsi, les centres d'action bénévole de la Mauricie et du Centre-du-Québec se sont concertés et ont délégué un porte-parole régional. Fort heureusement, cet oubli n'a pas occasionné d'insatisfaction.

Par ailleurs, les membres du comité aviseur ont souligné que le processus relié au choix du site pilote s'était bien déroulé à cause notamment de la pertinence des critères de sélection. Ces derniers étaient objectifs, clairs et spécifiques, ce qui ne laissait pas place à des interprétations arbitraires. Tout l'exercice de « priorisation » a été fait sur une base rationnelle et non émotionnelle. Cette attitude des membres a grandement facilité la décision finale, laquelle a d'ailleurs fait l'objet d'un accord consensuel.

- Évaluation du mode de fonctionnement du comité territorial

Le comité territorial a été très efficace dans le cadre de l'implantation du projet pilote, et ce, malgré le fait qu'il présentait une dynamique particulière. En effet, parmi les 10 personnes qui siégeaient à ce comité, quatre places seulement étaient occupées par les aînés. Ce qui pose problème dans cette dynamique, ce n'est pas tant le nombre d'aînés qu'il y avait, mais plutôt la place qu'ils ont prise. L'organisateur communautaire du CLSC a été déçu de constater cet état de situation au cours du processus, puisqu'il croyait fermement que les quatre aînés allaient prendre beaucoup d'initiatives dans la planification et la réalisation des activités du projet. Et pourtant, toutes ces personnes étaient très dynamiques auprès des gens de leur paroisse et même trois d'entre elles avaient d'ailleurs accompli un travail colossal dans un projet antérieur.

Par conséquent, ce sont les professionnels du réseau de la santé et du Centre d'action bénévole de Normandie qui ont dû effectuer certaines tâches qui étaient normalement dévolues aux aînés, sans quoi des activités importantes n'auraient pu être réalisées.

La présence de ce malaise viendra affecter dans une autre occasion le déroulement du projet. Cette fois-là, l'inconfort s'est concrétisé par du mécontentement exprimé par le délégué de l'AQDR-secteur Normandie à l'endroit des professionnels du réseau de la santé faisant partie du comité territorial. Cette personne n'avait pas apprécié qu'une dépense lui soit refusée sous prétexte qu'elle n'était pas appropriée dans le cadre du projet. Il faut mentionner ici que l'organisme du plaignant exerçait un rôle de fiduciaire et il croyait qu'il avait plus de latitude pour gérer les fonds du projet. Ce qui n'était évidemment pas le cas!

Une réunion urgente a alors été convoquée avec les différents acteurs concernés à la Régie régionale afin de résoudre l'imbroglio. Le grief du plaignant a été résolu en lui accordant un montant forfaitaire pour qu'il s'acquitte des tâches administratives reliées au rôle du fiduciaire. Il est pertinent de rappeler ici que l'AQDR-secteur Normandie s'engageait à disposer de la somme qui lui avait été confiée par la Régie régionale, selon les recommandations qui émanaient des deux comités.

Après cet événement, un cadre de référence a été rédigé par l'agent de planification et de programmation sociosanitaire en vue de préciser les rôles attendus de chacun des partenaires issus

du comité territorial et sur la somme qui revenait à l'organisme fiduciaire. Le tout fut discuté et entériné par le comité aviseur avant que le document ne soit déposé à une réunion du comité territorial.

Le besoin de recourir à un tel protocole d'entente s'est donc manifesté trois mois avant la fin du projet pilote. Par contre, lorsque le projet a démarré, rien ne laissait présager qu'un tel document serait nécessaire pour régir des relations d'entente dans le cadre d'un partenariat. Même les propos de l'organisateur communautaire du CLSC, qui connaît très bien les us et coutumes de son milieu, allaient dans ce sens :

> *«Ma façon de travailler avec les aînés de notre territoire n'exigeait pas une telle pratique avant aujourd'hui. Tout se déroulait dans un contexte de "fair-play" même s'il y avait de l'argent en jeu. Dorénavant, il ne faudra plus prendre de risque. Il y a un début à tout. That's it, that's all !».*

3.2 Recrutement des agents multiplicateurs

Un comité restreint, issu du comité territorial, a planifié et mis sur pied, au mois de juillet 1996, une stratégie pour recruter des agents multiplicateurs parmi la clientèle aînée de 55 ans et plus résidant sur le territoire de la MRC de Mékinac. Il s'agit plus particulièrement de la première ergothérapeute embauchée au mois de juin 1996, de l'organisateur communautaire du CLSC, du délégué de l'AQDR-secteur Normandie et de l'agent de planification et de programmation socio-sanitaire de la Régie régionale. Cependant, la phase opérationnelle du recrutement a été confiée à l'organisateur communautaire.

La stratégie consistait à contacter tous les responsables des clubs de l'Âge d'or des 11 municipalités choisies afin de leur faire connaître la nature du projet et

d'obtenir aussi leur appui quant au recrutement de membres pouvant être intéressés par le rôle d'agent multiplicateur. Cette opération de marketing s'est déroulée de la fin août jusque vers le début d'octobre 1996.

Les contacts ont surtout été établis par lettres, mais quelques rencontres stratégiques ont aussi été tenues là où certains clubs de l'Âge d'or ne s'étaient pas encore manifestés.

La recherche d'un minimum de deux agents multiplicateurs par municipalité a été faite d'après les critères suivants:

- individu âgé de 55 ans et plus;
- homme ou femme;
- disponible pour suivre une formation de cinq jours;
- intérêt pour partager l'information concernant les chutes à domicile;
- disponible pour effectuer quelques visites à domicile.

De plus, trois agents multiplicateurs, recrutés un peu plus tôt, en ont profité pour enrôler quelques personnes à partir de leur propre réseau de connaissances.

Enfin, une conférence de presse et une série d'articles parus dans les journaux, tant local que régional, sont venus appuyer le recrutement.

3.2.1 Évaluation du recrutement des agents multiplicateurs

Parmi les 38 agents multiplicateurs attendus, 33 se sont montrés intéressés par le projet. Ils provenaient soit de l'AQDR-secteur Normandie, des clubs de l'Âge d'or et du Centre d'action bénévole de Normandie.

Les éléments déclencheurs qui ont incité la majorité des gens à s'inscrire sont, par ordre d'importance : le thème du projet, l'acquisition de nouvelles connaissances, le bénévolat, la réalisation d'un autre défi et l'implication dans une nouvelle activité sociale.

Tous les aînés recrutés ont été attitrés à leurs municipalités d'origine pour agir comme agent multiplicateur auprès de leurs pairs.

Cette deuxième phase d'implantation a rencontré surtout des difficultés reliées aux contraintes de temps, comme la reprise des activités des clubs de l'Âge d'or vers la fin septembre, et au manque de disponibilité de certains aînés siégeant au comité aviseur. C'est donc l'organisateur communautaire qui a dû s'acquitter de cette tâche pour arriver selon l'échéancier prévu!

Malgré les contraintes rencontrées, celui-ci semblait être satisfait du nombre d'agents multiplicateurs considérant que la période de recrutement s'était déroulée durant un important festival populaire.

Ainsi, les nombreux contacts personnalisés sont en grande partie responsables du succès encouru dans la phase du recrutement. Deux personnes ressources ont réalisé un travail gigantesque, en pareille circonstance, soit la porte-parole du Centre d'action bénévole de Normandie et l'organisateur communautaire. Par contre, les articles

de journaux et les dépliants n'ont pas eu l'impact désiré auprès de la clientèle visée. Mais, il n'en demeure pas moins que ce matériel promotionnel a soutenu la cause du recrutement en expliquant aux gens le type de service qui serait implanté dans leur communauté.

3.3 Formation des agents multiplicateurs

Les 33 agents multiplicateurs ont pris part à une formation de 25 heures sur la prévention des chutes à domicile, laquelle a été répartie en cinq journées de cinq heures pendant cinq semaines consécutives. Celle-ci s'est déroulée du 23 octobre au 22 novembre 1996.

Les personnes recrutées ont été divisées en deux groupes pour mieux favoriser l'apprentissage de la matière. Le groupe du mercredi comprenait 16 aînés dont la moyenne d'âge était de 66,8 ans, alors que le groupe du vendredi présentait à peu près les mêmes statistiques soit 17 aînés pour une moyenne d'âge de 66,3 ans. Les femmes (29) étaient en plus grand nombre que les hommes (4).

Ainsi, les plus jeunes personnes des deux groupes étaient deux femmes âgées de 51 ans, tandis que la plus vieille était âgée de 79 ans. Les candidatures des deux jeunes femmes ont cependant été retenues pour compléter deux équipes chancelantes, faute de candidats âgés de 55 ans et plus. Quant aux quatre hommes, le moins âgé avait 68 ans alors que le plus âgé avait 77 ans. Si une comparaison est établie entre les sexes, la moyenne d'âge des femmes atteint les 65,7 ans comparativement à 72,5 ans chez les hommes. Donc, les agents multiplicateurs féminins étaient nettement plus jeunes que les participants masculins, compte tenu que 12 d'entre elles avaient 65 et moins.

Par ailleurs, cette formation a été conçue à partir d'une recension des écrits fournie par l'agente de planification et de programmation sociosanitaire de la

Régie régionale. Toutefois, c'est la première ergothérapeute qui a réalisé le programme de formation qui suit :

- **Jour 1: «Prévenir les chutes... pourquoi pas»**
  (Ampleur, conséquences et facteurs de risque)
- **Jour 2: «C'était une chute, mais peut-être que...»**
  (Environnement sécuritaire et aides techniques)
- **Jour 3: «Deux paires d'yeux valent mieux qu'une»**
  (Attitudes et sens d'observation)
- **Jour 4: «L'information ça se partage»**
  (Animation et préparation des rencontres de groupe)
- **Jour 5: «Répète donc pour voir»**
  (Synthèse et visite à domicile).

De plus, elle a enseigné les notions théoriques et pratiques aux agents multiplicateurs, avec l'aide du matériel didactique conçu à cette fin, tout en étant assistée par l'agent de planification et de programmation sociosanitaire. Ce dernier a apporté son aide à l'ergothérapeute en coanimant certaines activités et en apportant des informations complémentaires. Il a aussi évalué la session de formation tout en évitant d'importuner l'animatrice ou les participants.

3.3.1 Évaluation de la formation des agents multiplicateurs

Voici une présentation des principaux points de l'évaluation de l'implantation de la troisième étape, à savoir :

- Contenu de la formation (théorie et pratique)

Le contenu de la formation a été bien adapté dans l'ensemble envers la clientèle aînée. Les activités pédagogiques retenues par l'ergothérapeute ont contribué à faciliter l'apprentissage de la matière théorique et pratique selon les dires des agents multiplicateurs : mise en situation, démonstration, reformulation et jeu de rôles. Il faut toutefois préciser que cette formation ne misait pas sur la mémorisation à outrance, mais plutôt sur la logique et la compréhension. Ceci a eu pour effet de minimiser le stress auprès des plus âgés qui hésitaient à se porter volontaires à l'origine du projet, vu qu'ils se percevaient trop vieux pour réaliser des activités de sensibilisation.

Concernant les modifications à apporter à la formation, on retrouve dans la partie théorique le thème « Les facteurs personnels » dans lequel est expliqué différents facteurs de risque qui interviennent dans la genèse d'une chute. En fait, c'est l'absence d'illustrations et l'emploi de mots plus techniques, comme l'hypotension orthostatique, qui rendaient ce thème plus laborieux à l'apprentissage. Des modifications doivent donc être apportées pour simplifier et améliorer la compréhension de ces notions jugées essentielles.

D'autre part, il s'avère important de réduire le nombre de participants pour mieux les encadrer lors de la pratique de la visite à domicile; de leur indiquer aussi qu'ils doivent mentionner aux personnes visitées tant les aspects sécuritaires présents dans le domicile que les aspects à améliorer. Les agents multiplicateurs avaient tendance à ne souligner que les aspects négatifs à la personne visitée durant cet exercice.

Enfin, la formation doit permettre aux agents multiplicateurs de pratiquer le plus tôt possible les tâches qui leurs sont assignées, en vue de favoriser un meilleur apprentissage. Ceux-ci ont pu appliquer les aspects théoriques de la prévention des chutes durant les trois premières journées de la formation. La quatrième journée était consacrée à l'animation de groupe et la cinquième à une révision générale du contenu, plus une pratique sur la visite à domicile. Quant aux deux dernières activités, les agents multiplicateurs ont indiqué que les exercices pratiques étaient insuffisants et venaient tardivement. Cette situation a eu pour conséquence d'accentuer leur insécurité envers les tâches d'animation.

- Degré de compréhension

Les agents multiplicateurs comprennent bien la notion de risque, le sens de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi que les moyens pour prévenir les chutes. Comme le thème des chutes leur est familier, ils sont donc très à l'aise d'en parler même lorsqu'ils ont expérimenté ce genre de traumatisme. Le fait d'avoir chuté en a convaincu plus d'un sur la dangerosité et sur l'importance d'intervenir précocement. La réceptivité des agents multiplicateurs envers la prévention des chutes à domicile a dépassé de loin les attentes fixées à ce sujet. La bonne compréhension du thème s'est manifestée, dès le premier cours, par des questions pertinentes posées à l'ergothérapeute et par des intentions de vouloir apporter des modifications à son domicile.

L'engouement de certains participants vis-à-vis les modifications mineures s'est maintenu durant toute la formation. Quelques-

uns ont même apporté des correctifs à leur domicile après avoir assisté à la première rencontre :

> *« J'ai enlevé les objets qui traînaient dans mes marches d'escalier, j'ai jeté mes pantoufles de Phentex et j'ai posé un tapis de bain! »*

Par contre, les agents multiplicateurs éprouvaient de la difficulté à départager leur travail avec celui de l'ergothérapeute. Cette confusion est survenue lors d'une démonstration d'aides techniques telles que barre d'appui, siège de bain, pince de préhension, etc. Le but de cette activité consistait à montrer des aides techniques de base pour que les agents multiplicateurs puissent les suggérer aux aînés demandant le service de visite à domicile. Elle leur en a montré quelques-unes plus spécifiques qui sont adaptées pour les personnes âgées en perte d'autonomie. C'est ce dernier point qui a introduit l'imbroglio.

Cela a nécessité au moins deux autres capsules d'information pour bien faire comprendre aux agents multiplicateurs le travail attendu, les limites de la tâche et les modalités de référence à suivre lorsque l'individu visité est non autonome. La majorité des participants ont bien compris, à la suite des explications de l'ergothérapeute, qu'ils ne devaient pas suggérer des aides techniques aux personnes âgées non autonomes. En effet, cette clientèle n'était pas visée par le projet pilote. Dans l'éventualité où une telle personne demandait une visite à domicile, les agents multiplicateurs avaient reçu comme consigne de la référer immédiatement à l'ergothérapeute qui la prendrait en charge. Un questionnaire a d'ailleurs été conçu à cette fin pour faciliter leur travail de référence (voir annexe 3).

- Activités pédagogiques

La plupart des activités pédagogiques comprises dans la formation ont été fort appréciées par les agents multiplicateurs, mais c'est lors de la tenue des jeux interactifs comme le « Qui dit vrai? » (l'ampleur et les conséquences), le jeu des 10 erreurs (les risques), le jeu de rôles (improvisation sur les techniques d'animation) et le « Bingo » (synthèse sur la prévention des chutes) que la satisfaction a atteint son paroxysme.

Le témoignage d'un aîné qui est tombé et l'exercice pratique de la visite à domicile viennent au second rang dans les préférences. Par contre, les activités reliées à l'apprentissage du manuel de l'agent multiplicateur et à la démonstration de différents aides techniques ont connu un succès mitigé. Cette tiédeur s'explique, pour le premier cas, par une inexpérience à recourir à un ouvrage de référence surtout lorsque les aînés privilégient l'oral au lieu de l'écrit. Quant au deuxième cas, c'est le manque d'interaction entre l'animatrice et le groupe qui a suscité cet état de situation.

- Matériel didactique

À la première journée de formation, les agents multiplicateurs ont reçu le cartable de l'agent multiplicateur qui comprenait le contenu théorique sur la prévention des chutes à domicile, les conseils pratiques pour évaluer un domicile et un album de photos sur les aides techniques en vue d'effectuer des adaptations mineures. Puis, l'ergothérapeute a distribué d'autres documents aux participants durant la formation tout en leur demandant de les insérer dans les sections appropriées du

cartable. Cette logistique s'est avérée laborieuse, car l'ergothérapeute devait intervenir souvent pour démêler les gens qui ne savaient pas où ranger les documents.

Ainsi, il serait plus approprié de remettre un cartable complet à chaque agent multiplicateur afin d'économiser du temps et de l'énergie, et ce, même si on doit sacrifier l'élément surprise sur lequel l'animateur compte s'appuyer pour stimuler l'intérêt des participants.

Ce cartable constitue un très bon outil didactique pour le formateur, mais il est inadéquat pour l'agent multiplicateur. Dans ce cas-ci, il faut le simplifier et l'adapter autrement, genre petits fascicules, puisqu'il a été sous-utilisé dans sa forme d'origine à cause du grand nombre de pages.

L'animatrice a également utilisé un porte-affiches (60 cm x 45 cm) pour enseigner les principales notions sur la prévention des chutes. Cet outil didactique s'est montré efficace pour transmettre l'information sur la prévention des chutes et sur la façon de vivre à domicile sans chute. Des corrections mineures et majeures devront être apportées à l'ensemble des 24 affiches pour en améliorer le sens et l'aspect visuel.

De plus, un jeu de bingo adapté au thème et un court extrait d'une vidéo ont appuyé avec brio le côté pratique de la formation.

- Horaire

Chaque journée de formation débutait à 9 heures et se terminait à 15 heures. Deux pauses café venaient interrompre le cours des activités afin de favoriser la socialisation entre les agents multiplicateurs. Le temps de repos du matin comportait aussi une routine issue du programme d'activités physiques « Viactive » de Kino-Québec qui fut très appréciée par les aînés. Quant au dîner, il se prenait sur le lieu de la formation grâce à une entente intervenue entre le fiduciaire et un traiteur de la place. Ceci a eu pour effet d'augmenter les contacts sociaux entre les agents multiplicateurs tout en leur évitant les longues files d'attente à l'entrée des restaurants. L'agencement de la journée, tel que décrit ci-dessus, s'est donc avéré efficace et efficient de sorte que le projet devrait continuer dans cette foulée.

- Animation de groupe

Ce n'est pas une sinécure que d'animer un groupe pour la personne qui possède peu d'expérience ou de techniques d'animation. Les consignes suivantes découlent de l'observation participante et elles s'adressent, tout particulièrement, aux futurs animatrices et animateurs en vue de leur faire mieux comprendre la dynamique d'animation conçue pour la clientèle aînée, à savoir :

- il faut redire à quelques reprises les consignes reliées aux activités;
- il faut bien gérer les distractions et les apartés avec tact et diplomatie;

- il faut repérer rapidement dans le groupe les personnes qui éprouvent des problèmes d'audition et de vision afin d'adapter les techniques d'animation;
- il faut recourir à des analogies, des mises en situation et des jeux de rôle pour illustrer adéquatement les notions de prévention des chutes;
- il faut utiliser du matériel didactique qui met l'accent davantage sur l'image que sur les mots;
- il faut bien gérer les discussions en groupe en accordant le droit de parole à différents participants;
- il faut transmettre des informations claires et concises. En cas de besoin, il faut répéter et reformuler pour favoriser un meilleur apprentissage;
- il faut favoriser le plus possible la participation des gens;
- il faut établir des contacts chaleureux et respectueux avec les aînés pour créer un bon climat dans le groupe.

Lors des entrevues individuelles, les participants ont mentionné à l'agent de planification et de programmation sociosanitaire qu'ils avaient très apprécié le tandem ergothérapeute/coanimateur, car les deux professionnels s'adonnaient bien ensemble et constituaient une belle équipe. L'un dispensait les informations de base et l'autre les complétait sans alourdir le rythme de la séance. Cet aspect d'équilibre n'est donc pas à négliger dans l'animation, puisqu'il influence positivement la dynamique de groupe.

Par ailleurs, la combinaison homme/femme a contribué à créer des liens de camaraderie qui ont été favorables durant l'apprentissage. Certains agents multiplicateurs étaient plus à

l'aise de confier leurs difficultés dans ce domaine à l'animatrice, tandis que d'autres préféraient le coanimateur. Des liens intergénérationnels ont aussi été établis durant la formation à cause de l'interaction « jeunes professionnels » et « aînés ».

- Dynamique de groupe

Le hasard a encore bien fait les choses concernant l'évaluation, car l'expérimentation s'est déroulée avec deux groupes dont la dynamique différait. Un groupe était plus discipliné que l'autre, plus attentif, plus curieux et plus créatif. Cela fut constaté notamment lors des mises en situation et lors de la visite à domicile. La variable âge n'intervient pas ici pour expliquer l'écart entre les deux groupes, car les moyennes d'âge sont quasi identiques. Toutefois, les variables dites scolarité, type de profession et expérience de vie peuvent influencer grandement la dynamique de groupe.

Lors des entrevues individuelles avec les agents multiplicateurs, quelques-uns ont confirmé cette observation. En effet, certaines personnes ne pouvant pas prendre part à la formation du vendredi, par exemple, optaient pour celle du mercredi et c'est ainsi qu'elles remarquaient les différences.

Par contre, lorsque les participants ont été interrogés sur la question du climat qui prévalait dans leur groupe respectif, tous s'entendaient pour le décrire en termes fort élogieux : dynamique, sympathique, aidant, accueillant, discipliné et convivial.

- Implication des aînés

Les agents multiplicateurs ont très bien saisi l'importance de s'impliquer dans le cadre de ce projet et notamment au cours de la formation. C'est d'ailleurs eux qui ont trouvé le slogan du projet « Les chutes, ça se prévient! » et leur appellation « Bénévole en prévention des chutes » au lieu de se nommer agent multiplicateur, terme choisi par les deux auteurs de ce rapport. Les agents multiplicateurs ont délaissé ce titre parce qu'ils jugeaient que cela ne traduisait pas adéquatement le travail demandé et parce que c'était un mot difficile à retenir. L'expression «Bénévole en prévention des chutes» était plus parlante et prenait tout son sens, selon leurs dires, dans le contexte de ce projet. D'ailleurs, une femme âgée avait bien anticipé la raison pour laquelle les aînés avaient été sollicités comme agent mutiplicateur :

> *«Y a rien de mieux qu'un aîné pour comprendre la situation d'un autre aîné.»*

- Degré de participation

La majorité des agents multiplicateurs ont été assidus durant la formation. Cependant, quelques-uns ont manqué une séance ou deux pour des motifs de maladie ou d'empêchement majeur. Certains prévoyaient leur absence à l'avance tout en demandant à l'ergothérapeute la permission de suivre le cours dans un autre groupe, selon la procédure décrite antérieurement.

Des séances supplémentaires ont été offertes aux participants qui avaient dû s'absenter. Ces quelques personnes ont bien répondu à l'appel de l'ergothérapeute.

En résumé, l'implantation de cette troisième étape fut réalisée avec professionnalisme et sans contrainte majeure. Seulement de petites corrections ou ajustements devront être apportés pour améliorer l'ensemble de la formation.

3.4 Sensibilisation de groupes d'aînés

Le projet a connu une période de relâche, soit du 24 novembre 1996 au 14 janvier 1997, et ce, avant que ne débute l'implantation de la quatrième étape. Donc, la sensibilisation de groupes d'aînés s'est déroulée du 15 janvier au 30 mai 1997.

D'après les consignes transmises par l'ergothérapeute, lors des quatrième et cinquième journées de formation, toutes les équipes étaient responsables de l'organisation et du déroulement des rencontres de sensibilisation pour chacune des municipalités. Autrement dit, les agents multiplicateurs devaient recruter, eux-mêmes, les personnes de 55 ans et plus en sollicitant des regroupements d'aînés susceptibles d'être intéressés par la prévention des chutes à domicile.

Comme la répartition des agents multiplicateurs a été réalisée selon le lieu de résidence, quatre municipalités sur onze pouvaient compter sur des équipes formées de deux agents multiplicateurs. Toutefois, sept autres municipalités bénéficiaient d'équipes constituées de trois ou quatre bénévoles, vu qu'elles avaient été plus favorisées lors du recrutement.

Le travail demandé aux équipes consistait à tenir au moins une rencontre de sensibilisation par municipalité et de l'animer. Cependant, les agents multiplicateurs qui désiraient en organiser davantage étaient fortement

encouragés dans ce sens. Le nombre de participants par groupe était fixé à un maximum de 20 personnes.

Le matériel didactique relié aux activités de sensibilisation était fourni aux équipes d'animateurs et comprenait, par exemple, le porte-affiches, le jeu de bingo, les coupons de participation, les prix de présence et la brochure « Mieux vivre à domicile sans chute » conçue par le CLSC Drummond.

Par ailleurs, chaque équipe devait réserver une date de rencontre qui convenait à l'ergothérapeute, puisqu'elle devait les accompagner à chaque séance de sensibilisation. Cette stratégie s'est avérée nécessaire afin d'évaluer convenablement les agents multiplicateurs.

L'ergothérapeute était donc responsable de cette cueillette de données et elle devait intervenir le moins possible pendant leurs explications pour ne pas influencer le déroulement de la rencontre.

L'agent de planification et de programmation sociosanitaire a participé, à cinq rencontres de sensibilisation, dans le but de s'assurer que la présence de l'ergothérapeute ne dérangeait pas le groupe et pour valider la méthode de cueillette de données. Des rapports de chacune des séances, rédigés par l'ergothérapeute, lui ont été régulièrement remis pour analyse.

Enfin, l'ordre du jour des rencontres de sensibilisation, proposé aux agents multiplicateurs, se présentait comme suit :

- Accueil des participants;
- Origine du projet pilote;
- Quiz : « Vivez-vous dangereusement »;
- Porte-affiches (ampleur, conséquences et facteurs de risques);
- Jeu des 10 erreurs (Identifiez les risques);
- Porte-affiches (les six pièces du domicile);
- Jeu : « Qui dit vrai? »;
- Présentation de la brochure du CLSC Drummond;
- Remplir le coupon de participation (5 questions);
- Distribuer le dépliant intitulé : « Bottin des ressources »;
- Pause-café;
- Jeu de bingo;
- Tirage des prix;
- Commentaires sur la rencontre.

3.4.1 Évaluation de la sensibilisation de groupes d'aînés

Cette quatrième étape a été perturbée par des contraintes jugées tantôt mineures, tantôt majeures. Ces dernières auraient pu causer beaucoup de préjudices au projet, voire même paralyser son déroulement ! Mais, il y avait fort heureusement des opportunités pour contrebalancer le tout.

- Échéancier

Le projet a subi un retard de sept semaines après que la formation fut complétée, car les porte-affiches n'étaient pas encore disponibles. Le travail de sensibilisation ne pouvait pas être accompli sans cet outil didactique indispensable au travail des agents multiplicateurs.

C'est alors que le comité territorial décida de profiter de cette période de relâche pour organiser une fête destinée aux agents multiplicateurs. Cette activité de reconnaissance a eu pour mérite de souligner leur persévérance durant les cinq journées de formation et aussi maintenir le contact avec les deux groupes nouvellement formés. À cette occasion, un certificat d'excellence, attestant la formation reçue en prévention des chutes, fut remis à tous les participants. Cette délicatesse fut d'ailleurs très bien accueillie par les agents multiplicateurs.

Ainsi, la fête du 6 décembre 1996 aura permis aux aînés des deux groupes de socialiser ensemble pour la première fois, ainsi que d'être informés sur le démarrage des activités de sensibilisation prévues pour le mois de janvier 1997.

- Ergothérapeute

Deux semaines précédant la fin de la formation dispensée aux agents multiplicateurs, l'ergothérapeute a annoncé, à l'organisateur communautaire du CLSC, qu'elle quittait son emploi contractuel. Elle venait tout juste d'obtenir un poste à temps plein, avec possibilité de permanence, dans un autre établissement du réseau de la santé. Cette démission a consterné la majorité des membres du comité territorial puisque le recrutement d'une ressource en ergothérapie avait été, jusque-là,

très ardu. Le départ de cette personne qualifiée a donc eu pour effet de briser le moral des troupes pendant un certain temps. À cet égard, les membres éprouvaient de la difficulté à se motiver une seconde fois pour recruter un autre candidat.

À titre de mesure alternative, il fut même envisagé de recourir aux services de l'ergothérapeute du Centre de jour Mékinac qui siégeait déjà au comité territorial, mais cette affectation ne pouvait durer que sur une base intérimaire, un mois tout au plus. Ce scénario fut évidemment abandonné et le comité territorial décida de reprendre le processus de sélection en axant son dévolu, cette fois-ci, sur les finissants universitaires ayant peu ou pas d'expérience.

Ce changement de cap a été justifié par le fait que les deux dernières étapes du projet ne requéraient plus autant d'expérience que les étapes précédentes. Dans ce contexte, une personne récemment diplômée pouvait adéquatement accomplir le travail demandé en autant qu'elle fût bien encadrée par le répondant du projet.

Ainsi, le comité de sélection a retenu une candidate qui venait à peine de terminer son internat en décembre 1996. Cette professionnelle est entrée en fonction le 6 janvier 1997. Puis, elle n'a disposé que de sept jours ouvrables pour se familiariser avec le projet, ce qui lui a laissé très peu de temps pour préparer sa première rencontre avec les aînés.

Le 15 janvier 1997 marquait officiellement la reprise des activités avec la concrétisation du volet « sensibilisation de groupes d'aînés ». Lors de cette journée, la nouvelle ergothérapeute a

animé les deux rencontres de groupe avec la collaboration de l'organisateur communautaire du CLSC et de l'agent de planification et de programmation sociosanitaire de la Régie régionale. Cette nouvelle ressource a su établir très rapidement des contacts chaleureux avec les agents multiplicateurs facilitant ainsi son intégration et son acceptation par les deux groupes. Elle a donc exercé une influence positive sur la dynamique de groupe et cela a perduré jusqu'en juin 1997.

Il est à retenir de cette mésaventure que la superposition de deux contraintes importantes, apparue durant la même période de temps, n'a pas réussi à retarder davantage l'implantation de la quatrième étape. En effet, celle-ci devait subir, de toute façon, un arrêt forcé qui était engendré par la période des fêtes.

Les membres du comité territorial ont admis, lors de l'entrevue de groupe, avoir eu de la veine durant la période léthargique du projet. Même les conséquences n'ont pas été si dramatiques une fois que les faits furent remis dans leur perspective! L'embauche de la deuxième ergothérapeute aura donc permis de relancer les activités du projet, laquelle circonstance constitue manifestement une opportunité qui a replacé le projet sur ses rails : « pas d'ergothérapeute, pas de projet! » comme le laissaient entendre certains membres du comité territorial.

- Les rencontres de sensibilisation

Les rencontres de sensibilisation ont attiré 256 personnes de 55 ans et plus de la mi-janvier à la mi-avril 1997. Neuf municipalités sur onze ont contribué à atteindre ce résultat. Cependant, deux municipalités n'ont pas été rejointes faute

d'agents multiplicateurs. Il est à noter qu'une quarantaine de participants ne figure pas dans cette statistique parce que les individus ne correspondaient ni au groupe d'âge ni à la clientèle visée.

La moyenne d'âge des participants est de 69,8 ans chez les femmes et de 71,0 ans chez les hommes. Les femmes (212/256 : 82,8 %) ont participé davantage aux rencontres de sensibilisation que les hommes (44/256 : 17,2 %). De plus, les participants ont déclaré être tombé au cours de l'année précédant l'expérimentation selon un ratio de 1/3. Les auteurs ont constaté aussi que les statistiques sur les chutes augmentaient graduellement à mesure que les gens avaient plus de 69 ans.

Ce résultat de 256 participants sensibilisés est donc inférieur à ce qui avait été planifié à l'origine, soit 385 aînés, du fait que la plupart des équipes d'agents multiplicateurs ne rencontraient en moyenne que huit participants par rencontre au lieu de vingt.

Toutefois, l'expérimentation de cette formule a démontré que ce ratio convenait mieux aux activités planifiées, au matériel didactique et aux capacités d'animation des aînés. Dans le cas, des groupes formés entre 14 et 20 individus, la deuxième ergothérapeute a observé que les animateurs établissaient moins de contacts chaleureux avec les participants en raison que toute leur attention était centrée sur les tâches à accomplir. Autrement dit, les animateurs s'amusaient davantage en présence de petits groupes et trouvaient l'animation plus stressante dans les grands groupes.

- Les tâches des agents multiplicateurs

Diverses tâches ont été accomplies par les agents multiplicateurs au cours des rencontres de sensibilisation : invitation des participants, logistique de la rencontre, accueil des participants, animation, diffusion de l'information sur la prévention des chutes, distribution des coupons de participation, tirage des prix de participation et sans oublier la vente des brochures « Mieux vivre à domicile sans chute ».

Dans l'ensemble, les agents multiplicateurs se sont bien acquittés de leur travail durant les rencontres de sensibilisation. Leurs forces résidaient principalement dans la stratégie utilisée pour inviter les participants à leurs rencontres, soit les appels téléphoniques. D'après eux, il fallait établir un contact personnalisé et chaleureux, avec chaque aîné, afin de l'inciter à participer à la rencontre. Dans ce cas-ci, le téléphone convenait mieux à cette tâche, mais cela était très exigeant. Parfois, les agents multiplicateurs devaient solliciter souvent les mêmes personnes pour obtenir des résultats concrets.

Certains agents multiplicateurs ont exprimé également avoir eu des difficultés à recruter des participants surtout dans les petites municipalités. L'organisateur communautaire devra donc accorder une attention particulière à cette contrainte, lorsque les agents multiplicateurs procéderont au recrutement des participants.

Par contre, les capsules d'information diffusées dans certains clubs de l'Âge d'or et le recours à des affiches ont eu peu d'impact

auprès de la clientèle cible. Ces deux moyens de recrutement furent jugés trop anonymes par les agents multiplicateurs.

De plus, l'attention minutieuse consacrée à la logistique de la rencontre se révèle être un autre point fort. Celle-ci s'est concrétisée, entre autres, par un aménagement adéquat de la salle et par une collation achetée ou cuisinée par les agents multiplicateurs dans le but de bien accueillir les participants. Cette initiative a été prise par certains animateurs qui l'ont communiqué à d'autres, ce qui a incité le comité territorial à allouer une somme de 10 $ pour subvenir aux achats des petits goûters.

Ils ont aussi été persuasifs dans la vente de la brochure du CLSC Drummond intitulée « Mieux vivre à domicile sans chute », laquelle a connu un franc succès. Environ 70 % des participants l'ont achetée au prix symbolique de 1 $. Cependant, ils ont moins réussi dans la « vente » des visites à domicile parce que cela les intimidait davantage. La deuxième ergothérapeute a noté à ce sujet que deux équipes seulement avaient développé une argumentation solide qui attirait l'attention des gens. Selon ses observations, ces agents multiplicateurs semblaient plus à l'aise d'en parler. En plus d'être convaincus, ils étaient convaincants!

De façon générale, tous les agents multiplicateurs ont éprouvé de la difficulté avec les activités reliées à l'animation telles que la gestion des apartés et le fait de composer avec un ordre du jour. Ils étaient aussi moins à l'aise avec certains outils didactiques, comme la manipulation du porte-affiches, et avec certaines activités interactives : le jeu de Bingo et l'affiche « Qui ? Quand ?

Où ? ». À propos de cette dernière, ils avaient tendance à donner l'information sans tenter de faire participer les gens.

Ces difficultés furent surtout constatées durant l'animation des premières rencontres de sensibilisation. Puis, les erreurs se sont amenuisées au fur et à mesure que les agents multiplicateurs acquéraient de l'expérience en animation. Ce constat est valide uniquement pour les équipes qui ont animé trois séances et plus. Cependant, certaines personnes ont très bien performé à leur première séance d'animation, car elles avaient déjà enseigné auparavant ou avaient présidé un club de l'âge d'or. L'expérience en animation est donc un critère à retenir lors du recrutement des agents multiplicateurs.

Il est à noter que l'un des deux groupes a mieux performé dans ce domaine et il s'agit du même groupe que lors de la formation.

La division des tâches a également posé problème, mais surtout pour les équipes comptant trois ou quatre équipiers. Dans ses observations, la deuxième ergothérapeute affirme que les équipiers en surplus avaient tendance à nuire au travail des deux animateurs. Elle suggère, à cet effet, que l'animation se déroule en présence de deux agents multiplicateurs seulement même si certaines municipalités peuvent en compter plus. Quelques agents multiplicateurs ont d'ailleurs parlé de ce malaise durant les entrevues individuelles.

3.5 Visites à domicile

Cette cinquième étape de l'implantation a débuté officiellement le 19 février 1997 pour se terminer au mois d'avril de la même année.

Le but des visites à domicile consistait à répondre à la demande des participants désirant obtenir une investigation plus sérieuse sur les risques présents à leur domicile et sur les moyens pour le rendre plus sécuritaire.

Les équipes d'agents multiplicateurs de chaque municipalité assuraient ce service qui était facultatif et gratuit.

La deuxième ergothérapeute supervisait toutes les premières visites à domicile afin de vérifier si les agents multiplicateurs étaient à l'aise avec les tâches demandées et pour leur enseigner une méthode de travail efficace, compte tenu que la dernière pratique remontait à novembre 1996.

La promotion de ce service a été faite en recourant à un dépliant qui a été distribué dans les « Publi-sac » des domiciles du territoire de la MRC de Mékinac et aussi lors des rencontres de sensibilisation.

Quant aux personnes visitées, elles devaient retourner un formulaire (voir annexe 4) dans lequel elles devaient préciser un changement apporté au domicile pour être éligible au concours organisé à cette intention. Ce document était acheminé, par la poste, au CLSC Vallée-de-la-Batiscan, via une enveloppe-réponse déjà affranchie.

3.5.1 Évaluation des visites à domicile

Treize aînés parmi les 256 personnes sensibilisées (5,1 %) ont profité de l'expertise des agents multiplicateurs durant l'étape des visites à domicile. Ce résultat est bien en deçà de ce qui avait été planifié à l'origine : 39 aînés.

La sous-utilisation du service pourrait s'expliquer, selon certains membres du comité territorial, par le fait que l'on ait sous-estimé les capacités inhérentes des personnes âgées à se prendre en main. Vu que le thème des chutes ne constitue pas une menace en soi, cela aurait motivé les aînés à accorder une attention toute particulière à leur domicile, une fois qu'ils eurent participé aux rencontres de sensibilisation.

Bien que cette hypothèse s'avère intéressante, aucune donnée recueillie dans le cadre du projet vient infirmer ou confirmer cela. Par contre, la statistique qui réfère à l'intention de recourir aux agents multiplicateurs pour obtenir une visite à domicile est suffisamment élevée (49,3 %). Presque la moitié des gens âgés auraient demandé ce service, mais très peu ont passé à l'action. Comment explique-t-on cet écart ?

Les informations recueillies auprès des agents multiplicateurs et des aînés visités ont permis d'identifier certains facteurs qui auraient pu entraîner une diminution de l'intention d'avoir une visite à domicile : la peur d'être jugé par les agents multiplicateurs; la visite est intimidante autant pour la personne visitée que pour les agents multiplicateurs; des participants qui s'attendaient à être contactés par les agents multiplicateurs après avoir répondu « oui » sur le coupon de participation; le recours à la brochure « Mieux vivre à domicile sans chute » pour vérifier soi-même les risques environnementaux présents dans son domicile. Considérant que la brochure a été achetée par un grand nombre de personnes, est-ce que cela incite pour autant les gens vers l'auto-évaluation?

Quoi qu'il en soit, ce travail a été accompli par huit agents multiplicateurs sur une possibilité de trente personnes.

Il ressort d'après notre analyse que les points à améliorer pour rendre plus efficace le principe des visites à domicile sont :

- une meilleure formation et plus d'heures de pratique dans ce domaine;
- les attitudes à développer pour rendre l'agent multiplicateur et la personne visitée plus à l'aise;
- une meilleure publicité pour préciser le service offert;
- l'accessibilité du service là où la clientèle en manifeste le besoin.

Parmi les treize aînés qui ont participé au concours, deux personnes se sont mérité chacune un prix d'une valeur de cinquante dollars pour avoir indiqué une modification mineure apportée au domicile, et ce, à partir des suggestions émanant des agents multiplicateurs. Ce résultat est encore une fois inférieur à ce qui avait été prévu : 20.

Les suggestions qui revenaient le plus souvent sont par ordre d'importance :

- les barres d'appui;
- les tapis antidérapants dans le bain;
- les carpettes à changer ou à fixer;
- les rampes à poser;
- l'antidérapant sur les marches;
- la première et la dernière marche à contraster avec une couleur spécifique;
- les seuils de porte à aplanir;
- l'ajout d'éléments de sécurité comme le téléphone, la lampe et la veilleuse dans le passage, etc.;

- les tablettes ou les paniers de rangement dans le bas de la garde-robe.

Là aussi, le partage des tâches n'était pas toujours évident entre les agents multiplicateurs comme a pu le constater la deuxième ergothérapeute. Parfois, il y avait absence de consensus entre les évaluateurs : Faut-il enlever le tapis ou le fixer de façon à le rendre plus sécuritaire?

La visite à domicile comporte des aspects positifs comme favoriser la socialisation et la référence (un cas sur treize) avec l'ergothérapeute du CLSC. Les aspects négatifs du service sont surtout associés au fait que c'est délicat et intimidant que de s'introduire dans la vie privée des gens.

Cependant, deux équipes d'agents multiplicateurs ont bien « performé » dans ce domaine et cela est attribuable en grande partie à leur capacité de bien vendre le service avec tact et assurance.

Du côté des aînés rencontrés, ils ont déclaré avoir apprécié la visite à domicile qui durait habituellement entre une heure et deux heures. Bien qu'il s'agissait dans la plupart des cas de personnes connues par les agents multiplicateurs, les aînés visités ont admis avoir été très étonnés que cette activité scrutait toutes les pièces où ils vivaient, allant même jusque dans leurs garde-robes!

Il est à noter qu'une modification majeure a agencé autrement la visite à domicile et elle a trait à la contribution du Centre d'action bénévole de Normandie.

À l'origine, il était question de recourir à des menuisiers bénévoles pouvant effectuer des corrections mineures aux domiciles des

personnes âgées visitées. Ce service avait été planifié de la sorte sans consulter au préalable le partenaire. Or, au cours d'une réunion du comité territorial, la porte-parole informait les membres que le service de menuisier bénévole allait à l'encontre de certaines règles émises par le regroupement provincial des centres d'action bénévole.

Malgré tout, une solution alternative a été mise de l'avant pour soutenir les aînés dans la réalisation de leurs corrections mineures : le bottin de ressources et la mise en valeur du réseau naturel de l'aîné.

En résumé, même si le service a été sous-utilisé dans l'ensemble, il n'en demeure pas moins qu'il a été très apprécié par les aînés visités et que les agents multiplicateurs ont démontré de bonnes habilités pour déceler les éléments dangereux, de même que suggérer des adaptations mineures appropriées.

3.6 Les effets

Tous les agents multiplicateurs ont exprimé avoir apprécié leur expérience en animation de même qu'avoir eu l'occasion de relever un défi d'une telle importance. Durant les entrevues, leurs propos traduisaient bien le sentiment de valorisation qui se répercutait positivement sur leur estime de soi. Tout le mérite leur revient, car ils constituaient la pierre angulaire du projet de service.

Même la période léthargique n'amènera pas une importante défection au sein des troupes. Ils ont mentionné, à ce sujet, qu'ils ne voulaient pas abandonner le projet pilote vu qu'ils croyaient en sa pertinence.

Quant aux participants, ils ont indiqué aux agents multiplicateurs et à la deuxième ergothérapeute que leur travail de sensibilisation sur la prévention

des chutes à domicile était essentiel pour vivre le plus longtemps chez soi. Certains ont déclaré, à la suite des rencontres de sensibilisation, avoir apporté des modifications mineures à leur logement, enlever ou fixer adéquatement les tapis, ou avoir modifié certaines habitudes dangereuses, le port de pantoufles.

Comme effet négatif, il est à souligner le départ de trois agents multiplicateurs qui est survenu aussitôt que la formation fut achevée. Ce désistement a un lien avec l'inconfort engendré par les tâches d'animation.

3.7 Le partenariat

En général, les relations établies au sein du comité territorial traduisaient plutôt un esprit de compétition au lieu d'un esprit de collaboration. Cet état de situation n'était toutefois attribuable qu'à un seul organisme : le fiduciaire. Celui-ci fit part, à maintes reprises, de son insatisfaction vis-à-vis le mode de fonctionnement préconisé par la Régie régionale. L'AQDR-secteur Normandie n'arrivait pas à bien saisir l'importance d'œuvrer en partenariat afin d'implanter adéquatement un tel projet.

Ce flottement a persisté tout au long du projet pilote et il est à l'origine d'une mauvaise interprétation des fonctions qui sont habituellement confiées à un organisme fiduciaire. Cet organisme croyait que le fait de détenir ce rôle le rendait pour ainsi dire maître d'œuvre du projet. Ce sentiment légitime gêna les activités relatives à la gestion du projet : les personnes impliquées ne s'entendaient pas sur les différentes responsabilités ou rôles dévolus aux partenaires concernés. Ceci généra des tensions ayant un effet négatif et contre-productif sur le fonctionnement du comité.

Cependant, il s'avère important de préciser que ce type de partenariat était innovateur et c'est peut-être cette incompréhension qui a modulé l'organisme en question à se comporter de la sorte.

Quant à la leçon qu'il faut retenir de cette mésaventure, il est grandement suggéré, à quiconque veut réaliser un projet, de rédiger un protocole d'entente établissant clairement les règles du partenariat avant que les activités ne débutent.

En évoquant ce qui n'a pas bien fonctionné avec un organisme du comité territorial, il ne faudrait pas conclure que les relations étaient mauvaises. Bien au contraire, cela fait partie des tractations courantes qui se produisent normalement dans le partenariat.

Chaque organisme donnait ce qu'il pouvait dans la mesure que cela respectait sa philosophie et sa mission. À titre d'exemple, le Centre d'action bénévole de Normandie a fourni une aide précieuse à la première ergothérapeute, lors de l'étape du recrutement des agents multiplicateurs, et a participé avec assiduité à toutes les rencontres du comité territorial. Il a même proposé, à partir de sa propre police d'assurance spécifique aux bénévoles, de protéger les agents multiplicateurs de toute éventualité de poursuites ou d'accidents pouvant survenir durant le projet. Mais cette offre n'a pu se matérialiser à cause de certaines contraintes qui entravaient le travail et l'autonomie des agents multiplicateurs. Par contre, il fut décidé au comité territorial que la meilleure solution résidait à prendre une assurance-responsabilité, laquelle fut payée à même la subvention du projet.

Voilà un portrait juste et réaliste de ce qui s'est passé sur le plan du partenariat. Les autres aspects tels l'échange d'informations, l'entraide entre professionnels et le partage d'expertise ont été omniprésents durant toute la durée du projet pilote.

3.8 Le budget

Un montant de 45 000 $ a été alloué pour implanter le projet de service. De cette somme, 25 529 $ ont été dépensés pour couvrir le salaire de l'ergothérapeute, à raison de trois jours de travail par semaine; 5 525 $ pour répondre à toutes les dépenses relatives aux activités des agents multiplicateurs; 4 505 $ pour produire le matériel didactique et payer la publicité du projet; 3 312 $ pour les autres frais (incluant le montant forfaitaire de l'organisme fiduciaire).

À la fin des activités, l'AQDR Normandie a retourné la somme excédentaire à la Régie régionale, soit 6 129 $.

Par ailleurs, le CLSC Vallée-de-la-Batiscan a fourni gratuitement du temps d'organisateur communautaire, entre sept à dix heures par semaine, et de secrétariat. Cet organisme a aussi défrayé certaines dépenses comme les photocopies, les envois postaux, les frais d'interurbains et la production des photos contenues dans le cartable de l'agent multiplicateur.

Les données administratives qui émanent du projet de service vont donc être utilisées comme base pour budgétiser sa régionalisation.

CHAPITRE IV
DISCUSSION

Le projet de service qui a été expérimenté pendant quatorze mois a atteint trois des quatre objectifs (voir section 1.3, chapitre 1) qui avaient été planifiés à l'origine. Seulement le quatrième objectif n'a pas été réalisé comme convenu, soit la réalisation d'adaptations mineures du domicile dans le cadre d'un service communautaire.

L'analyse de l'implantation fait donc ressortir que le service a été modifié, dès le début du projet, pour s'orienter davantage vers la sensibilisation, l'habilitation et l'adoption de comportements sécuritaires en regard de la prévention des chutes chez les aînés et que la mise en place d'un service d'adaptation du domicile constitue encore une voie à explorer.

Afin de palier à ce bris de service, il a été prévu de recourir à l'aide naturelle et au bottin de ressources pour les aînés désirant apporter des modifications mineures à leur domicile. À ce stade-ci, il s'avère difficile d'évaluer le service alternatif qui a été implanté, car seulement treize personnes l'ont utilisé.

Selon les données recueillies, le projet de service s'adapte convenablement à une approche d'agents multiplicateurs. Cette dernière s'est avérée efficace tant par la façon de diffuser le message en prévention des chutes que par le degré d'implication des aînés à recruter les pairs et à organiser des rencontres de sensibilisation.

Ainsi, la Régie régionale a répondu favorablement à cette constatation et a alloué 352 510 $ pour financer la régionalisation du service dont le lancement est prévu en septembre 1998. Cette somme sera alors distribuée au prorata des

populations de 55 ans et plus qui sont réparties dans les onze territoires de CLSC des régions administratives de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Le financement servira à couvrir le salaire de l'ergothérapeute, de même qu'à défrayer les activités de prévention et les déplacements des agents multiplicateurs. Les comités territoriaux administreront chacun une somme de 5 276 $ pour payer les dépenses encourues par les agents multiplicateurs.

Maintenant, revoyons les conditions de réussite qui sont à considérer pour les intervenants qui implanteront le service prochainement sur leurs territoires, à savoir :

- Ressources humaines :

  Les ressources humaines requises sont l'ergothérapeute et l'organisateur communautaire. L'expertise de l'ergothérapeute est nécessaire pour assurer la continuité du service à cause de sa connaissance sur la prévention des chutes et de sa capacité à apporter des modifications mineures aux domiciles des aînés. Quant à l'organisateur communautaire, son implication constitue un atout important, car il est en mesure de mobiliser et recruter les aînés intéressés à l'idée d'occuper un rôle d'agent multiplicateur.

- Temps à consacrer et charge de travail

  Le temps consacré par l'ergothérapeute équivaut à trois jours/semaine durant quatre mois, soit 52 jours de travail par groupe de 16 agents multiplicateurs, tandis que l'organisateur communautaire doit y consacrer au moins une journée/semaine.

Les tâches de l'ergothérapeute consistent à préparer, former et assurer un suivi auprès des agents multiplicateurs. Alors que l'organisateur communautaire se préoccupe du recrutement, de la coanimation de certaines activités et agit comme répondant officiel au sein du comité territorial.

- Recrutement des agents multiplicateurs et des participants

Le projet rejoint bien la clientèle visée : les aînés de 55 ans et plus. Mais ce sont les femmes qui ont participé en grand nombre. Ainsi, il s'avère important d'accorder une attention particulière aux hommes durant le recrutement puisque le thème ne semble pas les interpeller a priori.

Durant la première année d'implantation du service, il faut s'attendre à rejoindre la clientèle qui est la plus favorable à la prévention des chutes. Les adopteurs précoces et les amis qui font partie de l'entourage des agents multiplicateurs sont vraisemblablement susceptibles de prendre part au service ou de participer aux activités de sensibilisation. Ceci n'a rien de dramatique puisque le service doit s'ancrer dans le milieu pour obtenir une publicité positive auprès de personnes âgées réceptives.

Le défi de recruter une nouvelle clientèle se présentera, par contre, dans les années subséquentes, d'où l'importance de recruter des agents multiplicateurs qui proviennent de différentes associations de retraités afin d'atteindre le plus de gens possible. Le développement de nouvelles activités, telles que pièce de théâtre ou maquette, aideront certainement à attirer la clientèle visée. D'autres thèmes en lien avec les facteurs de risque individuels pourront être abordés : alimentation, activité physique et médicament, etc.

Enfin, l'organisateur communautaire doit porter une attention particulière aux agents multiplicateurs qui doivent recruter des aînés pour les rencontres de sensibilisation, car ils peuvent rencontrer des difficultés durant cette étape qui sont susceptibles d'affecter leur motivation.

- Aînés

Le fait de recourir aux aînés dans le cadre d'activités en promotion de la santé doit se faire judicieusement. Ceux-ci doivent être mobilisés dans le service non pas pour remplacer l'expertise de l'ergothérapeute, mais plutôt pour mieux seconder son travail de sensibilisation. Il est à souhaiter que le contact pouvant être établi entre l'ergothérapeute et l'aîné puisse diminuer les résistances face à l'adaptation du domicile.

- Partenariat

L'organisation du service doit s'effectuer dans un esprit de partenariat pour plus d'efficacité. Pour atteindre cet objectif de résultat, chaque organisme est invité à accomplir certaines tâches qui sont en lien avec leur mission respective. Ainsi, c'est dans le respect et la collaboration des organismes impliqués que s'amorce la création d'un comité territorial.

Cette instance est d'une importance capitale pour assurer l'implantation du service et elle se doit de maintenir une configuration tripartite pour être optimale sur le plan de la concertation : aînés, organismes communautaires et réseau de la santé.

Certaines modifications décrites au chapitre III, pour améliorer le projet de service, ont finalement été essayées et évaluées, au cours de l'hiver 1998, par les deux mêmes intervenants du CLSC Vallée-de-la-Batiscan : les critères pour recruter les agents multiplicateurs, les fonctions attitrées au comité territorial, la formation dispensée sur quatre jours, le remplacement de l'activité « Visite à domicile » par un rallye sur les adaptations, de même que l'amélioration du matériel didactique comme le porte-affiches et le jeu de bingo. Ces améliorations se sont révélées positives et sont maintenant incluses dans le Guide d'implantation (cartable blanc).

Considérant que le projet a été expérimenté en milieu rural et que des ajustements s'imposeront sûrement durant le processus de la régionalisation, surtout concernant les territoires urbains, un suivi des équipes d'intervenants sera créé pour les supporter dans leur implantation et un monitoring sera mis en place pour colliger des données en vue d'effectuer un bilan du service après une année d'existence.

En somme, le service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile a été conçu pour durer tant qu'il répondra aux besoins des aînés et tant que les activités seront renouvelées pour maintenir leur intérêt. Il faudra aussi financer adéquatement le service sur une base récurrente pour lui assurer une stabilité.

CONCLUSION

Avec la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, de nouveaux paradigmes et de nouvelles idées émergent actuellement afin de faciliter le passage de l'ancien système vers des orientations plus actuelles, lesquelles répondront mieux aux besoins de la population. C'est le virage en promotion-prévention que nous avons voulu prendre et qui se concrétise maintenant dans le cadre du service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile. À cet égard, il s'avère intéressant de souligner au passage que notre clairvoyance a été largement récompensée lorsque le ministère de la Santé et des Services sociaux a retenu la problématique des chutes à domicile comme l'une des priorités nationales de santé publique pour la période 1997-2002.

Un des points positifs qui ressort de cette étude sur l'implantation réside dans le fait que notre organisation ait décidé de financer la régionalisation de ce service en promotion de la santé pour la clientèle des 55 ans et plus. Mais cette finalité n'aurait pu être accomplie sans la contribution et l'implication des aînés de la MRC de Mékinac.

Les agents multiplicateurs ont réalisé un travail colossal et constituent la pierre angulaire de ce service en promotion de la santé. Ils ont grandement apprécié le travail qui leur avait été demandé. La majorité était ravie de contribuer au réseau de la santé en organisant des rencontres de sensibilisation. Cela a eu, en retour, un impact positif sur leur estime de soi.

Quant aux aînés de 55 ans et plus qui ont participé aux rencontres de sensibilisation, ils étaient des gens réceptifs, attentifs et ont grandement apprécié les activités dispensées par les agents multiplicateurs.

En terminant, disons tout simplement que le projet de service fonctionne adéquatement avec une approche d'agents multiplicateurs et que les activités planifiées ont permis de bien sensibiliser les aînés à la prévention des chutes à domicile, ainsi qu'à développer davantage leur sens d'observation pour rendre leur domicile plus sécuritaire.

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD, J. (1997). « Chutes », chap. 8, dans *Précis pratique de gériatrie*, Montréal, Edisem, pp : 121-133.

Association d'orthopédie du Québec (1991). *Le médecin orthopédiste et la fracture de la hanche : dépliant*, Montréal.

AUGER, D. (1995). *Viactive, Programme d'activités physiques pour les aînés, réorganisation régionale*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique, Module Kino-Québec, 25 p.

Centre communautaire Genesis (1994). *Programme d'adaptation du domicile pour aîné-e-s du projet Genèse : Bilan, avril 1992 à juin 1994*, Montréal, 6 p.

CLOUTIER, S. et P. FERLAND (1992). *Recherche évaluative sur une intervention en prévention des chutes à domicile chez les aînés*, Drummondville, CLSC Drummond, 55 p.

CHAREST, S. et D. MALTAIS (1994). *La prévention des chutes chez les personnes âgées : portrait de la situation au Québec*, Québec, Réseau de la santé publique du Québec, 33 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 197 p.

DENIS, J.L. et F. Champagne (1990). *Analyse de l'implantation*, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 71 p.

DUBÉ, N. et al. (1995). *Félicitations pour votre beau programme! Guide pour bâtir un projet ou un programme*, Gaspésie, Régie régionale Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine, Direction de la santé publique, 100 p.

DUMAIS, R. (1997). « Fractures de la hanche », chap. 38, dans *Précis pratique de gériatrie*, Montréal, Edisem, pp : 535-542.

DURAND, P.J. et G. BÉLAND (1997). « Prévention », chap. 64, dans *Précis pratique de gériatrie*, Montréal, Edisem, pp. : 849-863.

ELFORD, R. Wayne (1994). « Prévention des blessures subies par les personnes âgées au domicile et au cours d'activités récréatives », chap. 76, dans *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Canada, Santé Canada, pp :1028-1037.

FILIATREAULT, P. et J.-C. CHABOT (1989). *Marketing stratégique de projets* (Notes de cours dans le cadre d'une session de formation « Le marketing de services, une démarche essentielle à la promotion de la santé »), Université de Montréal, Département d'administration de la santé, 53 p.

HURTEAU, Marthe (1995). *L'évaluation de programme et de services dans le domaine des services sociaux et de l'éducation*, Piémont, 136 p. (Formation reçue en mars et avril 1996).

LEBLANC, S. et S. NADEAU (1996). *Projet de service de prévention des chutes et d'adaptation du domicile*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs, Direction de la santé publique, 9 p.

MASSÉ, Pierrette (1992). *Méthodes de collectes de données et d'analyse en communication*, Québec, Presses de l'Université du Québec, Télé-université, 253 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, pp. 81-85, 118-122.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 100 p.

NADEAU, S. et S. BERNIER (1996). *Étude de l'implantation d'un programme de cuisines collectives pour personnes âgées*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs, 97 p.

OLIVIER, Christine (1991). *Description et évaluation du projet d'intervention sur les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus*, Centre hospitalier régional de l'Outaouais, Département de santé communautaire, 126 p.

OLIVIER, Christine et al. (1995). *Évaluation d'un programme visant la réduction de la consommation de médicaments chez les personnes âgées*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal et Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, 179 p.

O'LOUGHLIN, J. et Y. ROBITAILLE (1991). « Les traumatismes dus aux chutes », chap. 4, dans *Les traumatismes au Québec, comprendre pour prévenir*, Québec, Les publications du Québec, pp : 142-161.

PATTERSON, C. et L.W. CHAMBERS (1995). « Preventive health care », *The Lancet*, vol. 345, pp : 1611-1615.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs (1996). *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs, décisions 1996*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs, pp : 30-31.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs (1996). *Projections définitives de la population, pour l'ensemble du Québec, la région Mauricie–Bois-Francs et ses territoires de CLSC, 1991-2016*, Trois-Rivières, vol. 11, 33 p.

Santé Canada (1997). *Info Échange pour les aînés*, Ottawa, Santé Canada, 14 p.

Santé Société (1988). *Collection promotion de la santé*, Québec, ministère de la Santé et des services sociaux, 86 p.

Société de l'ostéoporose du Canada–Section Québec, laboratoire de gérontologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Diplômés universitaires aînés, Fédération de l'Âge d'or du Québec (1996). *Trousse action ostéoporose* (comprend un document vidéo, cinq fiches d'auto-évaluation, une fiche complément d'information et un guide d'utilisation).

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES AGENTS MULTIPLICATEURS EN PRÉVENTION DES CHUTES

1. a) Qui vous a parlé du projet de prévention des chutes à domicile?
   b) Qui vous a recruté?

2. Pourquoi avez-vous décidé, l'automne dernier, de suivre le cours sur la prévention des chutes à domicile?

3. a) Dans quel groupe avez-vous suivi votre cours (mercredi ou vendredi)?
   b) Ce groupe a-t-il favorisé votre apprentissage de la matière?
   c) Comment évaluez-vous le climat du groupe?
   d) Le cours a-t-il répondu à vos attentes?

4. Qu'est-ce qui vous a motivé à poursuivre le projet comme bénévole en prévention des chutes une fois le cours terminé? (Retour des 2 groupes le mercredi 15 janvier 1997)

5. Lorsque vous avez suivi le cours de prévention des chutes à domicile...
   a) Qu'est-ce que vous avez aimé le plus?
   b) Qu'est-ce que vous avez aimé le moins?

6. D'après vous, quelle(s) qualité(s) doit-on avoir pour être un bon bénévole en prévention des chutes?

7. Avez-vous des suggestions à nous faire pour...
   a) améliorer le cartable bleu du bénévole?
   b) Améliorer les grandes affiches du porte-affiches?
   c) Améliorer le bingo sur la prévention des chutes?

8. a) Utilisiez-vous le cartable bleu du bénévole? (pas, peu, moyen, beaucoup)
   b) Pourquoi?
   c) Si oui, à quel moment?

9. Lorsque vous avez animé vos rencontres de groupe...
   a) Qu'est-ce que vous avez aimé le plus?
   b) Qu'est-ce que vous avez aimé le moins?
   - Je n'ai pas animé. Ne s'applique pas.

10. a) Combien d'heures par semaine en moyenne avez-vous consacré au projet, pour la période du 15 janvier 1997 à aujourd'hui?
    b) Comment évaluez-vous votre implication dans le projet? (pas, peu, etc.)

11. Lorsque vous avez effectué des visites à domicile...
    a) Qu'est-ce que vous avez aimé le plus?
    b) Qu'est-ce que vous avez aimé le moins?
    - Je n'ai pas fait de visite à domicile. Ne s'applique pas.

12. Avez-vous aimé votre expérience de bénévole en prévention des chutes?

13. Avez-vous l'intention de poursuivre votre bénévolat en prévention des chutes si le projet continuait l'automne prochain?

14. Autres commentaires à ajouter :

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU COMITÉ AVISEUR

1. a) Étiez-vous à l'aise avec le mode de fonctionnement du projet établi par la Régie régionale? (DSP, comité aviseur, comité territorial et fiduciaire)
   b) Quels sont les avantages et désavantages de ce mode de fonctionnement?

2. Les objectifs visés par le projet étaient-ils réalistes?

3. L'échéancier était-il réaliste par rapport au déroulement des activités?

4. a) Avez-vous bien compris les rôles qui furent confiés au comité aviseur (voir le cadre de référence)?
   b) Étiez-vous à l'aise avec ces rôles?
   c) Y a-t-il un rôle que vous auriez aimé avoir?

5. a) Quelle fut votre contribution au sein du projet?
   b) Les tâches ont-elles été bien partagées entre les organismes impliqués?
   c) Avez-vous utilisé les ressources humaines, matérielles et financières que nous avions prévues à l'origine du projet?
   d) Ont-elles été pertinentes?

6. a) Étiez-vous à l'aise avec la démarche d'évaluation proposée par la Régie régionale (DSP)?
   b) Est-ce que nous vous avons suffisamment consulté dans le cadre de l'évaluation? Si non, à quelle étape?
   c) Avez-vous des recommandations à nous suggérer concernant l'évaluation future de projets en prévention et en promotion de la santé pour les aînés?

7. Qui devrait être responsable d'un tel projet dans un contexte de partenariat?

8. Comment le projet devrait-il être administré? (Fiduciaire ou autre)

9. A-t-on atteint la clientèle cible visée par le projet?

10. a) Est-ce que les activités sont conformes à celles qui ont été proposées?
    b) Ont-elles été pertinentes?
    c) Ont-elles atteint les résultats escomptés? (voir objectifs du projet)

11. Quelles ont été les conditions facilitantes pour implanter le projet?

12. a) Est-ce que des problèmes ont survenu au cours de l'implantation du projet?
    b) Est-ce que cela a affecté le projet : Le mode de fonctionnement? Les agents multiplicateurs? L'absence d'un cadre de référence écrit? Etc.
    c) A-t-on envisagé des solutions pour remédier aux problèmes identifiés?

13. a) Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré au projet?
    b) Comment évaluez-vous votre implication dans le projet? (pas, peu, etc.)

14. Ce projet peut-il être régionalisé? Comment? À quelles conditions?

15. Comment définissez-vous le partenariat?

16. Avez-vous aimé votre expérience de partenariat au sein du comité aviseur?

17. Avez-vous l'intention de poursuivre votre implication au sein du comité aviseur si le projet continuait l'automne prochain?

18. Le projet s'est-il déroulé conformément à ce qui a été présenté dans le document de l'appel d'offre et dans le cadre de référence (version verbale)?

19. Y a-t-il des modifications à apporter au projet pour l'an 2?

20. Autres commentaires à ajouter :

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU COMITÉ TERRITORIAL

1. a) Étiez-vous à l'aise avec le mode de fonctionnement du projet établi par la Régie régionale? (DSP, comité aviseur, comité territorial et fiduciaire)
   b) Quels sont les avantages et désavantages de ce mode de fonctionnement?

2. Les objectifs visés par le projet étaient-ils réalistes?

3. L'échéancier était-il réaliste par rapport au déroulement des activités?

4. a) Avez-vous bien compris les rôles qui furent confiés au comité territorial (voir le cadre de référence)?
   b) Étiez-vous à l'aise avec ces rôles?
   c) Y a-t-il un rôle que vous auriez aimé avoir?

5. a) Quelle fut votre contribution au sein du projet?
   b) Les tâches ont-elles été bien partagées entre les organismes impliqués?
   c) Avez-vous utilisé les ressources humaines, matérielles et financières que nous avions prévues à l'origine du projet?
   d) Ont-elles été pertinentes?

6. a) Étiez-vous à l'aise avec la démarche d'évaluation proposée par la Régie régionale (DSP)?
   b) Est-ce que nous vous avons suffisamment consulté dans le cadre de l'évaluation? Si non, à quelle étape?
   c) Avez-vous des recommandations à nous suggérer concernant l'évaluation future de projets en prévention et en promotion de la santé pour les aînés?

7. Qui devrait être responsable d'un tel projet dans un contexte de partenariat?

8. Comment le projet devrait-il être administré? (Fiduciaire ou autre)

9. A-t-on atteint la clientèle cible visée par le projet?

10. a) Est-ce que les activités sont conformes à celles qui ont été proposées?
    b) Ont-elles été pertinentes?
    c) Ont-elles atteint les résultats escomptés? (voir objectifs du projet)

11. Quelles ont été les conditions facilitantes pour implanter le projet?

12. a) Est-ce que des problèmes ont survenu au cours de l'implantation du projet?
    b) Est-ce que cela a affecté le projet : Le mode de fonctionnement? Les agents multiplicateurs? L'absence d'un cadre de référence écrit? Etc.
    c) A-t-on envisagé des solutions pour remédier aux problèmes identifiés?

13. a) Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré au projet?
    b) Comment évaluez-vous votre implication dans le projet? (pas, peu, etc.)

14. Ce projet peut-il être régionalisé? Comment? À quelles conditions?

15. Comment définissez-vous le partenariat?

16. Avez-vous aimé votre expérience de partenariat au sein du comité territorial?

17. Avez-vous l'intention de poursuivre votre implication au sein du comité aviseur si le projet continuait l'automne prochain?

18. Le projet s'est-il déroulé conformément à ce qui a été présenté dans le document de l'appel d'offre et dans le cadre de référence (version verbale)?

19. Y a-t-il des modifications à apporter au projet pour l'an 2?

20. Autres commentaires à ajouter :

ANNEXE 2

PRIX DE PARTICIPATION
« SERVICE DE PRÉVENTION DES CHUTES ET D'ADAPTATION DU DOMICILE »

Homme ☐ Femme ☐

Âge : _____ Municipalité :

	OUI	NON
1. Êtes-vous tombé durant la dernière année	☐	☐
2. Connaissez-vous quelqu'un qui a dû limiter ou cesser certaines activités pendant quelque temps suite à une chute?	☐	☐
3. Avez-vous l'intention d'acheter la brochure « Mieux vivre à domicile sans chute »?	☐	☐
4. Avez-vous l'intention d'utiliser la brochure pour faire le tour de votre domicile?	☐	☐
5. Ferez-vous appel aux bénévoles du « Service de prévention des chutes »?	☐	☐

ANNEXE 3

AIDE À LA DÉCISION POUR RÉFÉRER LA PERSONNE VISITÉE À UNE RESSOURCE SPÉCIALISÉE

Renseignements généraux :

Âge : _____ Sexe : H ☐ F ☐

Municipalité :

_____

1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé en général est :
   - ☐ Excellente
   - ☐ Très bonne
   - ☐ Bonne
   - ☐ Moyenne ✓
   - ☐ Mauvaise ✓

2. Avez-vous besoin d'aide dans vos activités quotidiennes (se laver, s'habiller, préparer les repas)?
   - ☐ Oui ✓
   - ☐ Non

3. Avez-vous des difficultés à vous déplacer à l'intérieur de votre domicile?
   - ☐ Oui ✓
   - ☐ Non

   Utilisez-vous une aide technique pour vous déplacer?
   - ☐ Oui ✓ ☐ Non
   - ☐ Fauteuil roulant
   - ☐ Marchette
   - ☐ Canne

4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute ou plusieurs chutes?
   - ☐ Oui, une chute
   - ☐ Oui, plusieurs chutes; nombre de chutes _____ ✓
   - ☐ Non

Si ✓ sont cochés, la personne devrait être référée à l'ergothérapeute.

ANNEXE 4

CONCOURS :

« Je passe à l'action, je préviens les chutes! »

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Dans quelle(s) pièce(s) avez-vous fait des changements afin de prévenir les chutes?

- ☐ entrée
- ☐ escaliers
- ☐ cuisine
- ☐ salon
- ☐ salle de bain
- ☐ chambre à coucher

Nommez un changement que vous avez fait :

_____

_____

BRAVO pour les changements et BONNE CHANCE!

Fin du concours : **15 mai 1997**